

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

E.A.P. DE ENFERMERÍA

“PERCEPCIÓN DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO II SOBRE SU CALIDAD DE VIDA. PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO” 2013

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

AUTOR

Cindy Edith Gamboa Chavez

ASESORES

Mg. Edna Ramírez Miranda

Lima – Perú

2014

**“PERCEPCIÓN DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS
TIPO II SOBRE SU CALIDAD DE VIDA. PROGRAMA DE
DIABETES DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO”**

2013

Dedico este trabajo de investigación a Dios, quien en todo momento estuvo a mi lado mostrándome el camino correcto a través de diversas señales que me ayudaron a seguir adelante y llegar hasta esta etapa muy importante en mi vida como es la culminación de esta hermosa carrera profesional y el honor de poder decir con orgullo Soy Enfermera.

A mis padres Manuel e Hilda, quienes son el motivo de mis logros y mis alegrías, quienes siempre están conmigo alentándome, motivándome siempre a seguir adelante y a lograr mis objetivos, a ellos que son el impulso que hizo posible el que hoy pueda presentar este trabajo realizado con mucho esmero y dedicación.

A mi novio Ronald, quien nunca dejó de apoyarme e incentivarme a no darme por vencida, y sobre todo por amarme, tenerme paciencia y más aun por creer en mi siempre... Te amo mucho

A mi hijo Hanan Emmanuel quien a pesar de que aún falta 4 meses para tenerlo entre mis brazos se ha convertido en el motor principal de mi vida y cada logro es por El y para El... Te amo con todo mi ser mi hijito precioso, mi pequeño travieso.

A mi asesora, la Mg. Edna Ramírez Miranda, quien me orientó, guió y supervisó durante todo el proceso de investigación. Siendo ello parte vital para la realización del mismo

A mis docentes y maestros, quienes con sus amplios conocimientos y experiencia contribuyeron en mi formación profesional y sobre todo fortalecieron mi vocación y el amor hacia la profesión de enfermería.

Al Lic. Rafael y en general al personal de salud del programa de diabetes, quienes amistosamente me abrieron las puertas para poder aplicar las encuestas en un clima agradable y cordial

A mis hermanos Vanessa y Eder, a mis tres tesoros Franco, Denisse y Adriana; a mis familiares en general que me brindaron toda su energía para continuar con el logro de mis metas ; a mis amigas, que en todo momento me brindan su carisma y apoyo incondicional para lograr paso a paso mis objetivos... este logro es de todos ustedes.

Muchas gracias a todos...

INDICE

Indice de gráficos
Resumen
Abstract
Presentación

CAPÍTULO I. Introducción

A. Planteamiento del problema.....	
1	
B. Formulación del problema.....	
4	
C. Objetivos.....	
4	
D. Justificación.....	
5	
E. Propósito.....	
6	

F. Marco teórico.....	7
F.1. Antecedentes.....	7
F.2. Base teórica.....	12
A. Diabetes Mellitus.....	12
1. Tipos de Diabetes Mellitus.....	12
2. Diagnóstico de DM.....	14
3. Complicaciones de la DM.....	15
4. Tratamiento de la DM.....	19
B. Calidad de Vida.....	21
1. Concepto.....	21
2. Evolución de la Calidad de Vida.....	23
3. Enfoques de la Calidad de Vida.....	27
4. Dimensiones de la Calidad de Vida.....	29

5. Teoría de Adaptación de Callista Roy.....	36
C. Calidad de vida del paciente diabético.....	40
D. Función del profesional de enfermería en el Programa de Diabetes del HNDM.....	45
E. Generalidades de la Percepción.....	47
G. Definición Operacional de Términos.....	51

CAPITULO II. Material y Métodos

A. Tipo, nivel y método de estudio.....	52
B. Sede de estudio o Escenario.....	53
C. Población y/o muestra o informantes.....	54
D. Técnicas e instrumentos de recojo de datos.....	56
E. Plan de recojo, procesamiento y presentación de datos.....	56
F. Plan de análisis e interpretación.....	57

G. Consideraciones éticas.....	
	59

CAPÍTULO III. Resultados y Discusión

A. Resultados	
	60
B. Discusión.....	
	67

CAPÍTULO IV. Conclusiones, limitaciones y recomendaciones

A. Conclusiones.....	
	76
B. Limitaciones.....	
	77
C. Recomendaciones.....	
	78

BIBLIOGRAFÍA.....	
	80

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	
	84

ANEXOS

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO N°		PAG.
1	Percepción del paciente con Diabetes Mellitus tipo II sobre su Calidad de Vida en el Programa de Diabetes del HNDM 2013	61
2	Percepción del paciente con Diabetes Mellitus tipo II sobre su Calidad de Vida, en su Dimensión Física en el Programa de Diabetes del HNDM 2013	62
3	Percepción del paciente con Diabetes Mellitus tipo II sobre su Calidad de Vida, en su Dimensión Psicológica en el Programa de Diabetes del HNDM 2013	64

4	Percepción del paciente con Diabetes Mellitus tipo II sobre su Calidad de Vida, en su Dimensión Social en el Programa de Diabetes del HNDM 2013	66
---	---	----

RESUMEN

La Diabetes Mellitus (DM) es una alteración metabólica caracterizada por hiperglicemia y complicaciones micro y cardiovasculares que aumentan de forma manifiesta la mortalidad y morbilidad asociadas a la enfermedad, tendiendo a producir estragos en la calidad de vida del paciente, evidenciando alteraciones en la percepción que el individuo percibe de esta. La presente investigación titulada: “Percepción del paciente con Diabetes Mellitus tipo II sobre su Calidad vida en el programa de diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo en el año 2013”; tuvo como objetivo determinar la Percepción del paciente con Diabetes Mellitus tipo II sobre su Calidad vida en el programa de diabetes. El enfoque del estudio es cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo simple de corte transversal. La población estuvo constituida por 83 pacientes. Respecto a la Percepción del paciente con Diabetes Mellitus tipo II sobre su Calidad de Vida en el Programa de Diabetes del HNDM, de un 100% el 59% presentan una percepción medianamente favorable, el 22% una

percepción favorable y el 19% percepción desfavorable. En su Dimensión Física, 70% presentan una percepción medianamente favorable, seguida de 16% favorable y 12% desfavorable. En su Dimensión Psicológica, 68% presentan una percepción medianamente favorable, seguida de 12% favorable y 20% desfavorable. Llegando a la siguiente conclusión: La mayoría de pacientes con Diabetes Mellitus tipo II presentan una percepción medianamente favorable sobre su Calidad de vida en las diferentes dimensiones, lo que indica que aspectos como el insomnio, la depresión, el déficit de memoria y situación económica inestable afectan la percepción del individuo sobre su propia calidad de vida haciendo que este a futuro deje de considerarla buena. Lo cual puede repercutir en el futuro provocando el rápido deterioro físico, psicológico y social de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II.

Palabras claves: Diabetes Mellitus, Percepción, Calidad de Vida.

ABSTRACT

Diabetes Mellitus (DM) is a metabolic disorder characterized by hyperglycemia and cardiovascular complications micro and manifestly increased mortality and morbidity associated with the disease, tending to cause havoc on the quality of life of patients, demonstrating that alterations in perception the individual perceives this. The present study titled "

Perceptions of patients with Type II Diabetes Mellitus on their life quality diabetes program of the National Hospital Dos de Mayo in 2013 " ; I aimed to determine the perception of patients with Type II Diabetes Mellitus on their quality of life in the diabetes program . The focus of the study is quantitative, application level, simple descriptive cross-sectional method. The population consisted of 83 patients. Regarding the perception of patients with Type II Diabetes Mellitus on their Quality of Life Diabetes Program HNDM, from 100 % to 59% have a fairly favorable perception, 22% had a favorable view and 19% unfavorable perception. In its physical dimension, 70 % have a fairly favorable perception, followed by 16 % in favor and 12 % unfavorable. In his Psychological Dimension, 68 % have a favorable perception medium, followed by 12 % favorable, 20 % unfavorable. Arriving at the following conclusion: The majority of patients with Diabetes Mellitus type II has moderately favorable perception of their quality of life in different dimensions, indicating that aspects such as insomnia, depression, memory deficits and unstable economic situation affect individuals' perception of their own quality of life, making this a good stop considering future. This may affect the future causing rapid physical, psychological and social deterioration in patients with type II Diabetes Mellitus.

Keywords: Diabetes Mellitus, Perception, Quality of Life.

Presentación

En los últimos años en nuestro país se han dado diversos cambios en el ámbito demográfico relacionados con la disminución de la fecundidad, el descenso de la mortalidad infantil y de la mortalidad en general, los cuales han traído como consecuencia una variación en la pirámide poblacional, con un mayor crecimiento de grupos entre 15 y 64 años, así como mayores de 65 años en relación a los niños. Este crecimiento de la población mayor y el aumento de la expectativa de vida de los peruanos están produciendo un incremento significativo de enfermedades crónicas degenerativas, cuya repercusión es de igual o mayor importancia que las enfermedades infecciosas o transmisibles ⁽¹⁾. Dentro de las enfermedades crónicas degenerativas, tenemos la diabetes mellitus tipo 2, considerada como un problema de salud pública mundial, es así que la organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que en el mundo hay mas de 180 millones de personas con diabetes mellitus, siendo la de tipo 2 el 90% de esta población calculada y es probable que esta cifra aumente a más del doble al año 3030, constituyendo Latinoamérica una de las poblaciones que doblará el numero de paciente diabéticos⁽²⁾

Según la Asociación Latinoamericana de diabetes, Latinoamérica (LA) incluye 21 países con casi 500 millones de habitantes y se espera un aumento del 14% en los próximos 10 años. Existe alrededor de 15

millones de personas con Diabetes Mellitus en LA y esta cifra llegará a 20 millones en 10 años, mucho más de lo esperado por el simple incremento poblacional. ⁽³⁾

La Asociación Americana de Diabetes (ADA) define la diabetes mellitus (DM) como una alteración metabólica caracterizada por hiperglucemia y por complicaciones microvasculares y cardiovasculares que aumentan de forma manifiesta la mortalidad y morbilidad asociadas a la enfermedad y tienden a producir estragos en la calidad de vida del paciente que la padece (4). Asimismo es sabido que la calidad de vida que tenga el paciente influirá directamente en el mantenimiento de la enfermedad retrasando o adelantando las complicaciones propias de la diabetes; por lo que resulta necesario que el profesional de enfermería identifique los diferentes factores que influyen en la calidad de vida del paciente.

Por consiguiente el presente trabajo pretende estudiar la Percepción de la calidad de vida que tienen los pacientes con Diabetes mellitus tipo II. Para ello se realizará el recojo de información a partir de los pacientes pertenecientes al Programa de diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo.

En consecuencia el presente estudio busca responder a la siguiente interrogante: ¿Cuál es la Percepción de la calidad de vida que tienen los pacientes con Diabetes mellitus tipo II pertenecientes al programa de diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo. 2013?; De modo que se sigue secuencialmente el siguiente orden:

En el capítulo I se presenta el planteamiento del problema en cual se describe y fundamenta el problema de investigación, se señalan los objetivos y se explica la finalidad del trabajo; en capítulo II se presenta el tipo, nivel y diseño de la investigación, así como las características de la población y muestra a utilizar; en el capítulo III se presenta los resultados y discusión de los hallazgos y se interpreta a la luz del marco teórico utilizado, y en el capítulo IV las conclusiones, limitaciones y recomendaciones; así como la bibliografía y los anexos respectivos.

CAPITULO I

Introducción

A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad la población peruana es de 27'946774 habitantes.⁽⁵⁾ Según datos estadísticos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2000 el mundo contaba con 171 millones de personas diabéticas y se espera que para el año 2030, la suma se incremente a 366 millones.⁽⁶⁾

En el Perú se reporta que existe una prevalencia de diabetes del 5% de la población general, siendo esta una prevalencia de 6,7 – 7,6% en la costa peruana (Piura y Lima respectivamente), 1,3% en la sierra(Huaraz) y 4,4% en la selva(Tarapoto) según Seclen y col. 2004.⁽⁷⁾ El incremento del número de diabéticos es resultado del envejecimiento poblacional y de los estilos de vida de la población (malos hábitos alimenticios, consumo de comida chatarra, el sedentarismo y la genética).⁽⁸⁾

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad sistémica, crónica y degenerativa en la cual la característica principal es la hiperglucemia, teniendo como complicaciones microvasculares (retinopatía, ceguera, neuropatía y falla renal) y macrovasculares (enfermedad coronaria, paro cardíaco, enfermedad vascular periférica, todas ellas con un alto componente discapacitante que reduce la calidad y expectativa de vida de quien la padece. ⁽⁹⁾

Calidad de vida es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social; así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas. Según la OMS, Calidad de vida es la percepción de un individuo de su posición en la vida, en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, en relación con sus metas, objetivos, expectativas, valores y preocupaciones. Calidad de vida no sólo es sinónimo de vivir muchos años, sino en las mejores condiciones, manteniendo las capacidades funcionales del ser humano que pueden verse afectadas tanto física, psicológica y socialmente.⁽¹⁰⁾

Dentro del ajuste al tratamiento, los pacientes pasan por diversos períodos de tensión emocional al someterse a restricciones dietéticas, físicas, con serias repercusiones emocionales y sociales. Para adaptarse a esta nueva situación, la persona pone en marcha mecanismos de autorregulación, de tal manera que se generan cambios en las interacciones familiares y sociales que pueden llevar al individuo a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio, poniendo en riesgo su bienestar y así un manejo inadecuado de la enfermedad.⁽¹¹⁾

Durante mis prácticas pre profesionales de enfermería, realizadas en consulta externa, en el programa de diabetes del Hospital Nacional dos de Mayo pude apreciar al realizar la entrevista de enfermería que varios de los pacientes en su mayoría mujeres que asistían a su control de glucosa mensual mostraban

en algunos casos sentimientos de tristeza, ansiedad, baja autoestima y a la interacción mencionaban lo siguiente: “ya no es lo mismo desde que me enteré que tengo diabetes”, “ me es incomodo que siempre tengo que estar colocándome insulina”, “ no soy una persona normal porque no estoy sano”, “pienso mucho en la preocupación que le causo a mi familia”, “vengo a mis controles a veces porque no tengo tiempo”, “me arreglo solo porque tengo que estar aseada pero no me siento atractiva desde que tengo diabetes”, entre otros.

Dentro del desempeño de enfermería, la enfermera enfrenta diversos retos y oportunidades en el cuidado de la salud de las personas puesto que debe participar oportunamente en la identificación y evaluación de las necesidades alteradas de la persona durante el proceso de salud – enfermedad relacionado al efecto y repercusión de la enfermedad sobre su bienestar biológico, psicológico y emocional, siendo este ultimo uno de los puntos principales en el cual debe abocarse la enfermera debido a que el bienestar emocional de la persona influirá en sus actitudes y comportamientos haciendo que vea de manera positiva la situación que afronta.

B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Para dar respuesta a estas interrogantes se plantea el siguiente problema a investigar:

¿Cuál es la Percepción del paciente con Diabetes mellitus tipo II sobre su Calidad vida en el programa de diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo. 2013?

C. OBJETIVOS

C.1 Objetivo General

- Determinar la Percepción del paciente con Diabetes mellitus tipo II sobre su Calidad vida en el programa de diabetes

C.2 Objetivos Específicos

- Identificar la Percepción del paciente con Diabetes mellitus tipo II sobre su Calidad vida en la dimensión física.
- Identificar la Percepción del paciente con Diabetes mellitus tipo II sobre su Calidad vida en la dimensión psicológica.
- Identificar la Percepción del paciente con Diabetes mellitus tipo II sobre su Calidad vida en la dimensión social.

D. JUSTIFICACIÓN

La diabetes tipo 2 representa uno de los retos más importantes a los que deben hacer frente los sistemas de salud. Esta

enfermedad no sólo está asociada a una notable utilización de servicios, debido a sus complicaciones a corto y largo plazo, sino que tiene un importante impacto en las personas que la padecen. Una vez que el paciente es diagnosticado depende directamente del compromiso y la responsabilidad que asuma con su enfermedad. Resultados de investigaciones anteriores muestran la diversidad de factores que explican la no adherencia del paciente diabético al tratamiento, (entre ellas las estrategias de afrontamiento y el apoyo social) siendo responsabilidad del profesional de enfermería buscar explicaciones alternativas a dicha situación.

El establecer un acercamiento más profundo a la vida de los pacientes diabéticos permite conocer su experiencia cotidiana con la enfermedad y el modo en que perciben su propia vida; por ende determinar la calidad de vida que mantienen y rescatar a partir de ello elementos que contribuyan en el desarrollo de una mejor atención y prevención para las personas que cursan con esta enfermedad.

Por tanto el presente estudio es de suma importancia para el profesional de Enfermería puesto que la esencia de su función es el de brindar un cuidado integral no sólo al paciente con Diabetes Mellitus sino también a la familia orientando y fortaleciendo la autoestima del paciente mediante el uso de mecanismos de adaptación, previa identificación de sus sentimientos, dudas y temores, lo que influye directamente en la percepción que tengan de si mismos y por ende de su Calidad de Vida.

E. PROPÓSITO

Con la presente investigación se busca propiciar la reflexión en las autoridades de salud en cuanto al manejo de la situación de los pacientes diabéticos; asimismo se busca ser de gran utilidad para las autoridades de la institución, así como para el Ministerio de Salud puesto que está orientado a contribuir en el mantenimiento y mejora de la calidad de vida percibida por el paciente.

La información proporcionada en esta investigación permitirá dar a conocer el impacto que produce la Diabetes Mellitus en los pacientes, de modo que incentive la implementación de programas y/o actividades dirigidas a disminuir el riesgo a complicaciones de tipo psicoemocional que derivan de los cambios producidos por la Diabetes Mellitus y que influyen de manera directa en el modo de afrontar dichos cambios, condicionando su Calidad de Vida. Además, permitirá fortalecer fundamentos del cuidado enfermero como son el brindado de un cuidado holístico al paciente sumado a la elaboración de estrategias junto con el equipo multidisciplinario con la finalidad de favorecer un control adecuado de la diabetes mellitus promoviendo la aceptación de la misma adoptando así estilos de vida saludable y consecuentemente mejorando su calidad de vida.

F. MARCO TEÓRICO

F.1. Antecedentes

Con la finalidad de tener mayores elementos de juicio, se revisó la literatura nacional e internacional referente al tema de estudio, encontrándose lo siguiente:

F.1.1 Antecedentes Internacionales:

- Correa Morales José Dolores realizó un trabajo de investigación titulado **“AUTOCONCEPTO DE LA DIABETES MELLITUS EN PACIENTES QUE ASISTEN A LA CLÍNICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN EL CENTRO DE SALUD JORGE SINFOROSO BRAVO. OCTUBRE-DICIEMBRE (2008)”**. Cuyo objetivo fue describir el autoconcepto de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Siendo esta investigación de tipo cuantitativa, descriptiva, de corte transversal; la muestra estuvo conformada por 66 pacientes inscritos en el libro de registros de la institución. La recolección de datos se realizó a través de la entrevista, utilizando el instrumento llamado Vivero 03. Llegando a la conclusión:

De los elementos negativos de Autoconcepto se destaca la desconfianza hacia los demás, el hecho de no sentirse aceptados por personas del sexo opuesto, que comúnmente los afectan los problemas. El no sentirse atractivo, la poca buena salud que consideran tener, la poca satisfacción de las relaciones

sexuales, el problema nutricional de estos, los conflictos con la familia, comportamiento poco correcto en el trabajo y considerarse personas malas y lograr todo lo que puedan sin importar como lo logren. ⁽¹²⁾

- Peña Pérez Belém y Col., realizaron un estudio sobre **“AUTOPERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR ORIENTE DE ISSSTE. MÉXICO (2009)”**, con el objetivo de conocer la percepción de la calidad de vida del adulto mayor, considerando diferentes aspectos para establecer una conducta que permita realizar acciones preventivas realistas y acordes con sus expectativas. El método utilizado fue descriptivo, de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 150 pacientes adscritos a la clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE, con promedio de edad de 72 años. el recojo de datos se realizo mediante la encuesta, utilizando como instrumento el Cuestionario Breve de la Calidad de Vida. Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS, además del análisis univariado para las variables del estudio, con cálculo de los intervalos de confianza de 95%. Se concluyó:

El 18.7% mencionó sentirse nada satisfecho con su salud, 20% reportó insatisfacción en la relación con sus

hijos y 24.7% consideró valerse por si mismo para realizar actividades de manera regular. La percepción de calidad de vida se relaciona de manera directa con las relaciones interpersonales. La población encuestada no busca atención médica, aunque tiene alguna enfermedad, lo que refleja su calidad de vida.⁽¹³⁾

F.1.2 Antecedentes Nacionales:

- Molina García Yulisa Rocío en el año 2008 realizó un estudio sobre **“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO. ENERO-FEBRERO (2008)”**, con el objetivo de determinar la adherencia al tratamiento y su relación con la Calidad de Vida del paciente diabético; el tipo de estudio es cuantitativo, de método descriptivo - correlacional, la muestra se obtuvo por muestreo no probabilístico intencionales, la cual estuvo conformada por 132 pacientes que asistieron al programa de diabetes, el instrumento utilizado fue el cuestionario y la técnica aplicada fue la entrevista. Se concluyó:

El 68.9% (91) de la población encuestada presentó una regular adherencia al tratamiento; el 79.5% (105) presentó una regular calidad de vida y se comprobó la relación estadística $P = 0.001 < 0.05$ entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de los pacientes diabéticos que asisten al programa de diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo.

(14)

- Fenco Asalde Maritza en el año 2010 realizó un estudio sobre **“AUTOPERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN (2010)”**, con el objetivo de determinar la autopercepción sobre la Calidad de Vida del adulto mayor con Diabetes Mellitus; el tipo de estudio es cuantitativo, método descriptivo, de corte transversal, la muestra estuvo conformada por 50 pacientes hospitalizados en los servicios de medicina 6B y 7B, para la recolección de datos se utilizó como técnica la entrevista y como instrumento un cuestionario, tomándose en cuenta preguntas del Cuestionario Breve de Calidad de Vida. Se concluyó lo siguiente:

La mayoría de adultos mayores con Diabetes Mellitus presentan una autopercepción regular sobre su calidad de vida, lo que indica que aspectos como la disfunción sexual, el

insomnio, la depresión y déficit de memoria afectan la percepción del individuo sobre su calidad de vida, no considerándola buena. Para que esto sea posible, es importante que el adulto mayor aprenda a convivir con su enfermedad, manteniendo una buena autoestima, estar satisfecho con su vida, disfrutar del tiempo libre, mantener buenas relaciones sociales y familiares y tener seguridad económica.⁽¹⁵⁾

Las investigaciones nacionales e internacionales relacionadas con el tema sirven para sustentar que todavía existe un déficit en cuanto a la aceptación de la enfermedad por parte de los pacientes diabéticos repercutiendo en la forma de aceptarse a si mismos. Es de gran utilidad para este trabajo de investigación debido a que permite realizar un análisis de la situación real en que se encuentra el área de salud en el mundo, asimismo se deduce que dicha situación se debe en gran medida a la falta de objetivos claros y definidos que orienten el actuar del personal de salud y prioritariamente del personal de enfermería respecto a la situación que afronta cada paciente con Diabetes Mellitus. Siendo ello importante para demostrar la relevancia de conocer la Percepción que tiene el paciente diabético acerca de su Calidad de Vida

F.2. Base teórica

A. Diabetes Mellitus

La Diabetes Mellitus constituye un grupo de trastornos metabólicos caracterizados por niveles elevados de glucosa en la sangre ocasionados por defectos de la secreción o la acción de la insulina, o ambas. Normalmente circula en la sangre cierta cantidad de glucosa cuya fuente principal es la absorción de los alimentos en el sistema gastrointestinal y la síntesis de glucosa en el hígado a partir de otros compuestos que forman parte de las sustancias alimenticias.⁽¹⁶⁾

De esta forma los niveles de glucosa en sangre permanecen dentro de unos límites muy estrechos, entre 70 – 120 mg/dl.⁽¹⁷⁾

La insulina, una hormona producida por el páncreas, controla el nivel de glucosa en sangre al regular su producción y almacenamiento. En el estado diabético, las células dejan de responder a la insulina, o bien el páncreas deja totalmente de producirla. Esto conduce a hiperglicemia, que causa complicaciones metabólicas agudas y crónicas.⁽¹⁸⁾

1. Tipos de Diabetes Mellitus

Se distinguen varios tipos de Diabetes en función de las causas por las que se produce, la forma en que se manifiesta y cómo evoluciona.⁽¹⁹⁾

Diabetes Mellitus tipo I

La Diabetes tipo I aparece especialmente en niños, adolescentes y adultos de edad inferior a 30 años y se debe a la destrucción total o parcial de las células pancreáticas que producen insulina. Se caracteriza por un inicio relativamente brusco, y por una necesidad absoluta de tratarse con insulina, pues el páncreas no produce poca cantidad de esta hormona.

Diabetes Mellitus tipo II

La Diabetes tipo II es, con mucho, la más frecuente de las formas de Diabetes, ya que constituye más del 80% del total. En este caso, el páncreas no produce suficiente insulina para mantener los niveles de glucosa dentro de la normalidad, debido con frecuencia a que el cuerpo no responde correctamente a esta hormona.

Esta forma de diabetes suele manifestarse en personas mayores de 40 años, y es tanto más frecuente, cuanto más avanzada es la edad. Sus causas son una combinación de factores genéticos y ambientales. ⁽²⁰⁾

Otras características son:

- Su frecuente asociación con el sobrepeso, la tensión arterial alta y el exceso de colesterol y otras grasas en la sangre.
- Una historia familiar de Diabetes, en padres o hermanos.

En ocasiones puede carecer de síntomas, por lo que es importante la búsqueda de su diagnóstico entre las personas de mayor riesgo, ya que si se ignora y no se trata, puede producir importantes complicaciones.

2. Diagnóstico de Diabetes Mellitus

En la actualidad existe un acuerdo general según el cual bastará con que la persona cumpla una de las siguientes condiciones:

Presencia de signos y síntomas como son:

- Astenia (Falta de fuerza)
- Adelgazamiento
- Polifagia (Mayor sensación de hambre)
- Polidipsia (Aumento de la necesidad de beber)
- Poliuria (Mayor necesidad de orinar)

Las glucemias elevadas en más de una ocasión (más de 140 mg/dl en el plasma venoso o 120 mg/dl en sangre capilar).

Hay que tener en cuenta que la utilización reciente de ciertos fármacos (corticoides) o la presencia de enfermedades agudas (Accidente Cerebrovascular, Neumonía, entre otras) pueden alterar la correcta interpretación de estas condiciones.⁽²¹⁾

3. Complicaciones de la Diabetes Mellitus

Hipoglicemia

Es el descenso anormal de los niveles de glucosa en la sangre. Las situaciones que conducen a Hipoglicemia son: exceso de inyección de insulina o toma de excesiva medicación antidiabética, no ingerir suficiente comida o realizar actividad física desmesurada sin haber comido. Puede manifestarse mediante. Malestar general, fatiga, nerviosismo, irritabilidad, temblor, sensación de hambre, dolor de cabeza, escalofríos, confusión, convulsiones e incluso coma.

Hiperglicemia

Llamado también coma hiperosmolar no cetósico. Es casi exclusivo del diabético no insulino dependiente anciano, desencadenándose generalmente por infecciones agudas, accidentes cerebrovasculares, infarto de miocardio u otras situaciones similares. Su mortalidad es muy elevada. ⁽²²⁾

Cetoacidosis Diabética

Algunos estudios han publicado una incidencia de cerca del 25% en individuos mayores de 60 años. su mortalidad es elevada en el adulto mayor diabético.

Es una complicación que aparece cuando el organismo no puede disponer de la glucosa como fuente de energía y debe utilizar como alternativa el tejido graso. De esta forma, se producen cuerpos cetónicos que se van acumulando en la sangre hasta hacer que esta sea más ácida que el resto de tejido del organismo. Esta lesiona células y puede llegar a causar infarto de corazón o una insuficiencia renal. ⁽²³⁾

El paciente diabético por el hecho de serlo, independientemente de su edad, presenta una tendencia al desarrollo de complicaciones vasculares (micro y macroangiopáticas) y neurológicas. ⁽²⁴⁾

Hipertensión arterial

Hay una relación estrecha entre Diabetes Mellitus tipo II e hipertensión arterial, debido principalmente a la hiperinsulinemia que tan frecuentemente aparece en aquella. Se asocia a la morbilidad por cardiopatía isquémica o por patología cerebrovascular, lo que obligará a un control estrecho de la misma y se recomendarán valores tensionales por debajo de 150/90 mmHg en la población geriátrica. ⁽²⁵⁾

Cardiopatía isquémica

Estos pacientes multiplican aproximadamente por dos el riesgo de infarto de miocardio cuando se compara con

pacientes no diabéticos de la misma edad. Cuando el paciente diabético presenta una angina la sintomatología dominante es la disnea, las posibilidades de morbilidad se multiplican por tres.

Enfermedad cerebrovascular

Es la segunda causa de muerte tras la enfermedad coronaria en pacientes con DM2, con un riesgo de presentarla de dos a cuatro veces más alto que en la población general. Aproximadamente el 13% de los pacientes con DM2 mayores de 60 años han tenido ictus. ⁽²⁶⁾

Nefropatía diabética

Es un trastorno del riñón que aparece como una complicación de la Diabetes Mellitus y que se caracteriza por proteinuria (presencia de proteínas en la orina) y una disminución progresiva de la función renal.

La lesión renal causada por la diabetes suele consistir en el engrosamiento y el endurecimiento (esclerosis) de las estructuras internas del riñón, particularmente el glomérulo. En los glomérulos se filtra la sangre y se forma la orina. A medida que progresa la nefropatía diabética aumenta el número de glomérulos destruidos; el trastorno progresa hasta aparecer la enfermedad renal terminal que se desarrolla entre los 2 y los 6

años posteriores a la aparición de la insuficiencia renal crónica o de una hipertensión grave. ⁽²⁷⁾

Neuropatía Diabética

Es una complicación tardía de la diabetes Mellitus que afecta el tejido nervioso. La lesión de los nervios se debe a una disminución del flujo de sangre y otros niveles elevados de azúcar en el torrente sanguíneo. Al principio se siente un hormigueo y un dolor intermitente en las extremidades, sobretodo en los pies. En fases más avanzadas, el dolor es más intenso y constante. Finalmente se desarrolla una neuropatía indolora, lo cual aumenta el riesgo de sufrir una lesión grave del tejido, pues la persona no siente que se está lastimando.

Retinopatía Diabética

Con el tiempo la diabetes va lesionando progresivamente la retina y puede causar finalmente ceguera. La incidencia y gravedad de la lesión de la retina o retinopatía aumentan con la duración de la diabetes y con un mal control de la enfermedad. Casi todas las personas con una historia de diabetes de más de 30 años presentarán signos de retinopatía diabética ⁽²⁸⁾

4. Tratamiento de la Diabetes Mellitus

El objetivo inicial del tratamiento de la Diabetes consiste en conseguir un buen control de los niveles de glucosa en sangre. Los objetivos a largo plazo son mejorar la Calidad de Vida. La prevención de complicaciones, que son de vital importancia en el diabético joven, deben ocupar un lugar más secundario en el adulto mayor, dada su menor esperanza de vida, por lo avanzado de su edad. ⁽²⁹⁾

Para conseguir dichos objetivos el tratamiento se basa en cuatro pilares: la alimentación, el ejercicio, la medicación y educación diabetológica.

Dieta

Tiene como finalidad el control de la enfermedad y alcanzar o mantener un peso correcto.

En general se recomendará una dieta sin carbohidratos simples y sin grasas poliinsaturadas, que les proporcione entre 1500 – 2000 calorías diarias, repartidas entre 5 – 6 tomas, compuestas por carbohidratos complejos (50%), proteínas (20%) y grasas saturadas (30%) con una aportación adecuada de fibra vegetal (50-75 g/día).

Ejercicio

Dada las ventajas que tiene el ejercicio que se practica regularmente en cuanto a mejorar la acción de la insulina a nivel periférico, mejorar el perfil lipídico y favorecer la normotensión arterial, debe ser recomendado insistentemente al paciente diabético y animándole a practicar de forma regular algún tipo de ejercicio moderado (andar, nadar, manejar bicicleta) que no supongan un gran esfuerzo capaz de producir complicaciones adicionales, como desprendimiento retiniano, accidente cerebrovascular o elevaciones tensionales. ⁽³⁰⁾

Medicación

El tratamiento farmacológico de la diabetes comprende los hipoglicemiantes orales, también llamados antidiabéticos orales, los cuales son medicamentos dirigidos a mejorar los niveles de azúcar en sangre.

Educación Diabetológica

Los objetivos de esta educación será proporcionarles una información sencilla y completa sobre qué es la diabetes, sus tipos, las formas de tratamiento, el autoanálisis domiciliario, las hipoglicemias y otras situaciones de alarma, el cuidado de los pies y que hacer en casos de enfermedad, viajes, entre otros.

Es de gran importancia que acudan en compañía de algún familiar quien participará activamente en el cuidado de la diabetes del paciente. En cuanto a las actividades educativas es necesario que sean repetidas periódicamente ayudados por soporte audiovisual adecuado que mantengan el interés y logren la comprensión de lo que se muestra. En lo posible se buscará la colaboración de otros especialistas sanitarios (nutricionistas, pedicuros) o no sanitarios (pedagogo, psicólogo, asistente social) que puedan proporcionar de manera más completa la información sobre un apartado concreto del Programa de Diabetes. ⁽³¹⁾

B. Calidad de Vida

1. Concepto

Antes de abordar con mayor detenimiento el concepto de Calidad de Vida, los elementos que la componen y las investigaciones a las que ha sido sujeta, resulta relevante detenerse en el significado de Calidad y en el de Vida.

El término Calidad proviene del latín *qualitas*, *atis* que significa la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permite juzgar su valor. Es entendida como una cualidad de superioridad o excelencia de una persona o cosa. ⁽³²⁾

Según Leelakvithanit y Day (1992) es un complejo dimensional que puede ser vista como un todo compuesto de varias áreas específicas que determinan y son determinadas por el estilo de vida; es así como Sen (2002) también indica que la Calidad de Vida implica una libertad para llevar diferentes tipos de vida. La vida tiene que ver con sus propios componentes o aspectos fundamentales de la existencia humana; la supervivencia, la cultura, la permanencia en el mundo, las condiciones en que esto se da.

Para conocer la Calidad de Vida es necesario que los sujetos realicen una descripción de lo que la vida es para ellos, por lo que resulta complicado dar una definición universal de vida sin tomar en cuenta las definiciones que cada individuo tiene de su propia existencia y sobre las cuales se determina la calidad con la que vive. ⁽³³⁾

Según la OMS (1994), la Calidad de Vida es la percepción de un individuo de su posición en la vida, en el contexto sociocultural y el sistema de valores en que vive, en relación con sus metas, objetivos, expectativas, normas y preocupaciones.

Esta evaluación subjetiva personal descansa en el balance entre expectativas y realidad de cada individuo, cuando se encuentra dotado de los elementos culturales y de la libertad de pensamiento para dicho análisis. ⁽³⁴⁾

2. Evolución de la Calidad de Vida

La evaluación de la Calidad de Vida no era un concepto nuevo, ya en el año 1947, Karnofsky y Burchenal introdujeron estos aspectos en estudios de quimioterapia en el tratamiento de enfermedades neoplásicas. Pero no fue hasta 1952, y después de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) definiera el concepto de Calidad de Vida, que algunos investigadores clínicos se plantearon considerar la Calidad de Vida como una medida a tener en cuenta, ya que representa el resultado final de una actuación médica desde la importante visión de su protagonista, el propio paciente. ⁽³⁵⁾

En 1948 se define el término de salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad.

Hay una definición completa y amplia de calidad de vida que intenta incluir múltiples conceptos, como ausencia de alteraciones físicas, necesidades cubiertas, libertad, tiempo libre, etc. La definición de la OMS indica que calidad de vida es “la percepción adecuada y correcta que tiene de sí misma una persona en el contexto cultural y de valores en que está inmersa, en relación con sus objetivos, normas, esperanzas e inquietudes. Su percepción puede estar influida por su salud física, psíquica, su nivel de independencia y sus relaciones

sociales”. Esta definición, aunque completa, no es práctica, por lo que con posterioridad se modificó reduciendo su contenido. Se consideró como salud y buena calidad de vida a “la ausencia de enfermedad o defecto y la sensación de bienestar físico, mental y social”, o también la sencilla pero muy adecuada definición americana de calidad de vida: “sentimiento personal de bienestar y satisfacción con la vida”.

Estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura por sus siglas en inglés UNESCO) en 1961, presentaron un informe donde se señalaba nueve componentes del nivel de vida: salud, alimentación, nutrición, educación, vivienda, empleo, condiciones de trabajo, vestido, recreo, esparcimiento, seguridad social y libertades humanas. Entendiendo la Calidad de Vida como las condiciones materiales de vida de una persona, clase social o comunidad para sustentarse y disfrutar de la existencia. Posteriormente la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) a fines de los años 70’, establece por primera vez la necesidad de insistir en que el crecimiento económico no es una finalidad en sí mismo, sino un instrumento para crear mejores condiciones de vida, por lo que se ha de enfatizar en sus aspectos de calidad. Pese al esfuerzo y trabajo dedicados, no se pudo llegar a un verdadero consenso acerca de las dimensiones de calidad de vida y de los significados de las mismas, esto debido a que

los términos en que se desarrollaron las dimensiones fueron exclusivos de los países miembros de la OCDE. ⁽³⁶⁾

El concepto de salud empieza a evolucionar y deja de ser la ausencia de enfermedad para convertirse en el bienestar biopsicosocial, tal y como lo definieron los expertos de la OMS en el Alma – ata en 1978. Se inicia una evolución desde lo estrictamente biológico hacia lo psicosocial.

En 1986 la Carta de Ottawa destaca determinados prerequisites para la salud que incluyen la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos.

El reconocimiento de estos prerequisites pone de manifiesto la estrecha relación que existe entre las condiciones sociales y económicas, el entorno físico, los estilos de vida individuales y la salud.

En Ginebra en 1966 durante el Foro mundial de la salud, el concepto de calidad de vida que desarrolla la OMS es definido como: “la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y sistema de valores en el que vive y con respecto a sus objetivos, expectativas, estándares e intereses”.

Esta posición pone de manifiesto el criterio que afirma que la calidad de vida se refiere a una evaluación subjetiva, con dimensiones tanto positivas como arraigadas en un contexto cultural, social y ambiental.

Las escalas de medición de la Calidad de Vida que ya se utilizaban en Estados Unidos y en Inglaterra no resultaron útiles al intentar administrarlas en otros grupos culturales, por lo tanto comenzaron a intentar realizar un programa que desarrolle un instrumento factible de ser usado por distintas poblaciones y que respete la idiosincrasia de las mismas. Debido al avance de un modelo cada vez más biomecanicista de la medicina que aboga mayormente por la erradicación de la enfermedad y sus síntomas se volvió imprescindible la introducción de un elemento humanístico en la atención de la salud que complete el panorama y que se le pregunte al sujeto acerca de la percepción de su satisfacción en relación con sus necesidades. La OMS al desarrollar una herramienta que permita evaluar la calidad de vida pretende evaluar los efectos percibidos de la enfermedad y de las intervenciones del equipo sobre la salud. Para tal fin se creó WHOQOL – 100 (1991) e whoqol – brief (1994) único instrumento internacional de la OMS de medición de calidad de vida.

Con este abordaje la estandarización y equivalencia entre los grupos sumado a los problemas de traducción fueron los primeros desafíos que debió enfrentar en su desarrollo este

instrumento. La calidad de vida de los entrevistados será evaluada en el contexto de la cultura y sistema de valores en los cuales ellos viven y específicamente, en relación a sus objetivos, estándares e intereses.⁽³⁷⁾

3. Enfoques de la Calidad de Vida

Definir la Calidad de vida ha sido una tarea retomada por investigadores, pensadores, educadores, políticos y analistas. Durante muchos años no han podido llegar a un verdadero consenso acerca de su definición, y pese a lo que se pudiera deducir, tantas concepciones sólo hacen pensar que no existe en realidad una definición que sea capaz de englobar todo lo que significa vivir con calidad.

Neri (1993) relaciona la calidad de vida como el resultado de un proceso adaptativo multidimensional que involucra variables históricas, socioculturales e individuales y que se manifiesta, desde el punto de vista emocional, como habilidad de autorregulación para enfrentar situaciones estresantes; desde el punto de vista cognoscitivo, como la habilidad de resolver problemas; y desde el punto de vista comportamental, en términos de ejecuciones efectivas y competencia social.⁽³⁸⁾

Se puede hablar de Calidad de Vida en términos negativos, como indica Gendreau (1998) al afirmar que “no hay calidad de

vida cuando el nivel de ingresos de familia es mínimo y cuando hay exclusión entre los individuos”

Según Coehlo y Coehlo (1999) la calidad de vida está relacionada con aspectos como educación, aspectos socioculturales, satisfacción, estilos de vida, aspectos económicos.⁽³⁹⁾

Es de notar que la calidad de vida ha sido definida por muchos autores como un concepto abstracto, amorfo, sin límites claros, difícil de definir y de operacionalizar. En el campo social ha sido definido como equivalente al bienestar, en el biomédico al estado de salud y en psicología a la satisfacción y al bienestar psicosocial. Por esta razón Fernández Ballesteros (1996) considera que sea útil mencionar lo que *no* es calidad de vida: Calidad de vida no es el equivalente al ambiente, no es igual a la cantidad de bienes materiales ni al estado de salud físico o a la calidad del cuidado de la salud de las personas. De igual forma se distingue de los constructos subjetivos tales como la satisfacción con la vida, la moral o la felicidad. Tal como apunta Browne “La calidad de vida es el producto de la interacción dinámica entre las condiciones externas de un individuo y la percepción interna de dichas condiciones.”

No obstante, al revisar la bibliografía se encuentra que existe consenso en identificar cuatro modelos conceptuales de calidad de vida, según los cuales a) se define la calidad de las

condiciones de vida de una persona, b) como la satisfacción experimentada por la persona en dichas condiciones vitales, c) como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, Calidad de vida definida como la calidad de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta y, finalmente, d) como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales. ⁽⁴⁰⁾

4. Dimensiones de la Calidad de Vida

Rocío Fernández Ballesteros (1993) presenta un modelo a través del cual es posible integrar las dimensiones personales y socio – ambientales y los elementos subjetivos y objetivos implicados en la calidad de vida de las personas, asimismo considera las siguientes dimensiones que global e integralmente comprenden la calidad de vida: ⁽⁴¹⁾

Dimensión Física

El estado de salud es uno de los aspectos que más importancia tiene en la vida de las personas. La salud influye en todos los aspectos de nuestra vida. Un estado de salud pobre convierte a los individuos en dependientes, como lo es con la pérdida de visión y motricidad en diversos grados.

En el caso del adulto mayor los cambios más significativos a nivel sensorial son los derivados de la visión y de la audición, que son los que más influyen (junto con la movilidad) para el normal desenvolvimiento del adulto mayor.

Según un estudio realizado por un grupo de trabajo del hospital Unversitario Vall d'Hebron de Barcelona prácticamente la mitad de las personas con diabetes tienen complicaciones del sueño. Este estudio, presentado por Albert Lecube Torello en el XX Congreso de la Sociedad Española de Diabetes.

El paciente diabético, su autoestima y su imagen corporal no difieren mucho entre si en cuanto a grupos de edad a excepción de la actividad física, el supuesto atractivo y capacidad sexual. Una persona diabética puede realizar prácticamente cualquier tipo de actividad física y/o ejercicio por lo menos 30 minutos todos los días de la semana, bien puede ser de predominio aeróbico como : caminar, pedalear, bailar, nadar, entre otros.

Es importante que la persona que padece de Diabetes realice actividad física porque: Mejora la eficiencia de la insulina, disminuye la glicemia, ya que, mientras se hace ejercicio, los músculos consumen más glucosa, combate el exceso de peso y la obesidad, reduce el riesgo de muerte por enfermedad cardiaca, reduce el riesgo de padecer enfermedad cardiovascular, contribuye a prevenir y reducir la hipertensión arterial, así como la osteoporosis, mejora trastornos digestivos

como estreñimiento, mejora la resistencia de personas con enfermedades crónicas o discapacidades, contribuye con la reducción de dolores de rodilla, contribuye al bienestar psicológico, reduce el estrés, la ansiedad y los sentimientos de depresión o soledad. ⁽⁴²⁾

Dimensión Social

Muchas investigaciones han encontrado que el proceso de envejecimiento inevitablemente provoca la pérdida de capacidades para funcionar física y mentalmente, considerándose la vejez como de dependencia social.

A medida que pasan los años los adultos mayores suelen mostrarse menos agresivo y competitivos, necesita ,menos de otras personas afines, e incluso en ocasiones encuentra satisfacción en la soledad al sentirse rechazado por una sociedad que no lo necesita.

Asimismo a medida que pasa el tiempo el paciente diabético entra en un declive fisiológico y orgánico que lleva inevitablemente a dejar sus trabajos o jubilarse. Lo cual influye directamente con el alejamiento brusco de su vida profesional, de su grupo de pertenencia dinámica.

Esto puede causar que el paciente tenga la impresión de que se haya convertido en un simple espectador en la vida. En realidad no tiene que ser así, se hace forzosa la solución positivamente esta crisis, para evitar que la persona desemboque inevitablemente en los dos aspectos mas penosos de la vida: el tedio y la soledad. El tedio puede definirse como un sentido de reducción del movimiento del tiempo, lo que produce gran pesar y puede dar la impresión de que no se vive ya. La soledad, es la pérdida del grupo de pertenencia, un empobrecimiento de la calidad de las relaciones sociales y/o familiares por la reducción de la comunidad de experiencias vitales con las suyas, son solitarios con ellos mismos, con la gente, en una reunión familiar o junto a sus nietos.

En cuanto al empleo de tiempo libre ha de verse más bien como una acción que proyectada desde los social puede crear las condiciones que faciliten la elevación de la calidad de vida , y contribuya al desarrollo de estilos de vida más saludables y autónomos.

Un enfoque simplista del ocio y de la recreación, nos lleva a considerarlas como una nueva opción individual del tiempo libre, y dejaríamos de apreciar su carácter desarrollador, por los niveles de participación y de actualización que pueden generar; sobre todo si se les considera como recurso potenciador, herramientas de acción social que permiten elevar el bienestar y la calidad de vida del paciente. La actividad física-intelectual

favorecen el bienestar y la calidad de vida de los individuos, haciéndolos sentir motivados y orgullosos. Como menciona el *Geriatra Cowgill* la recreación es un proceso de acción participativa y dinámica que facilita entender la vida como una vivencia de disfrute, creaciones y libertad, en el pleno desarrollo de las potencialidades del ser humano para su realización y mejoramiento de la calidad de vida individual social, mediante la práctica de actividades físicas, intelectuales o de esparcimiento.⁽⁴³⁾

Otra subdimensión que se considera es la calidad ambiental que por lo general incluye problemas relacionados con el medio ambiente que decrementan el bienestar subjetivo. Estos aspectos son principalmente: contaminación, ruido, pérdida de tiempo, transportarse de un lugar a otro en la ciudad.⁽⁴⁴⁾

No hay que dejar de lado el aspecto económico dentro del cual transcurre la enfermedad y ha sido frecuentemente menospreciado por los estudiosos de la calidad de vida, quienes lo han restringido y limitado solamente al ámbito material de la vida de las personas. Sin embargo, como apunta Pérez Ortiz (1997) *el bienestar económico de las personas “necesariamente nos lleva más allá del análisis de la posición económica relativa de los individuos en momentos actuales, utilizando algún indicador de renta y también más allá de la incidencia que la pobreza pueda tener en este segmento de la sociedad, o del análisis del importe de las pensiones que perciben”*.

El concepto de bienestar económico permite analizar una cantidad importante de los factores que condicionan el bienestar de la persona. Las desigualdades de género pueden entenderse como consecuencia de las condiciones de vida en que se desarrolla la actividad de las mujeres durante su ciclo de vida(la participación de las mujeres es mucho menor que la de los hombres, tienden a tener carreras profesionales discontinuas, trabajan en peores condiciones y reciben menores ingresos en igual posición ocupacional); las desigualdades por edad, como consecuencia del efecto cohorte y por la incapacidad de los sistemas de garantía de rentas(público o privados) para garantizar el mantenimiento de rentas durante períodos amplios; o bien, las desigualdades en función a la residencia son dables de registrar a través de los equipamientos y servicios públicos a los que tienen acceso los pacientes más aun los adultos mayores; finalmente; es también posible dar cuenta de las desigualdades basadas en factores que actúan en momentos anteriores del curso vital, como la nutrición en la infancia, el nivel educativo, la ocupación y los ingresos(Pérez Ortiz, 1997).

Se refiere a tener comodidades materiales y seguridad económica para vivir tranquilo, incluye la posesión de un patrimonio (casa propia, bienes, entre otros)

Dimensión psicológica

La enfermedad y el déficit físico suelen venir acompañados de trastornos psicológicos y afectivos como depresión, ansiedad latente ante el futuro, disminución de las relaciones y del contacto con actividades sociales que afecta directamente el bienestar del individuo.

Según Anderson (1975) el bienestar se traduce como estar bien, adaptado, funcional, satisfecho y cómodo. Está en función de la autoaceptación, tener un propósito en la vida, mantener relaciones positivas con otros, etc. Abreu(1991) indica que la calidad de vida tiene un componente relacionado con el sentimiento y la percepción que tiene el individuo de su vida. El bienestar es identificado también como calidad de vida y se mide a través de la satisfacción del individuo en ciertas áreas de su vida.

Campbell (1976) afirma que se puede estar satisfecho con los logros pero ser infeliz afectivamente, o uno puede ser feliz pero insatisfecho. Diversos estudios afirman que los adultos mayores tienden a estar más satisfechos pero menos felices, mientras que los adultos jóvenes tienden a estar menos satisfechos pero más felices. ⁽⁴⁵⁾

La calidad de vida en tanto objeto, fin y medida de desarrollo debe dirigir la práctica social hacia el desarrollo de las capacidades humanas, la educación juega un papel de suma importancia para la consecución de este objetivo. Si la finalidad

principal de la educación es el pleno desarrollo del ser humano en su dimensión social (Delors)

El aprendizaje incluye todas las actividades, actitudes, conductas, entre otros, que según los sujetos promueven su desarrollo personal. Por ejemplo, estudiar, graduarse, ser autosuficiente, alcanzar metas que se propone, aprender cosas nuevas, realizar cambios para que su vida mejore, entre otras.⁽⁴⁶⁾

5. Teoría de Adaptación de Callista Roy

El modelo de adaptación fue conceptualizado por primera vez por Callista Roy quien se refiere a la adaptación como el proceso y al resultado por lo que las personas tienen la capacidad de sentir y de pensar: como un individuo y que se consigue cuando la persona reacciona de un modo positivo ante los cambios que se producen en su interno. El nivel de adaptación se ve determinado por el conjunto de estímulos focales, contextuales y residuales.

Partiendo de una revisión histórica, de los principios filosóficos y científicos que sustentan el modelo, se abordan conceptos como persona al cual Roy lo define como todo sistema adaptable, como un todo con partes que funcionan como una sola y que coexisten en su entorno físico y social; que comparten un mismo destino en común con el universo. Salud que lo define como un ser integrado y completo, entorno que lo define como las condiciones, circunstancias e influencias del desarrollo, los cuales orientan el cuidado, teniendo en cuenta la autodeterminación de la persona y los mecanismos que emplea para lograr su adaptación.

Según Roy, las personas son sistemas holísticos de adaptación y el centro de atención de la Enfermería. El entorno interno y externo consta de todos los fenómenos que rodean al sistema humano de adaptación y afecta a su desarrollo y conducta. Las personas están en constante interacción con el entorno e intercambian información, materia y energía; es decir, las personas afectan y se ven afectadas por el entorno. El entorno es la fuente de los estímulos que amenazan o fomentan la existencia de una persona. Para su supervivencia, el sistema de adaptación del hombre debe responder de manera positiva a estímulos ambientales. La adaptación fomenta la supervivencia, el crecimiento, la reproducción, el dominio y las transformaciones de las personas y del entorno. Roy define la salud como un estado para convertirse en un ser humano completo e integrado.

En el modelo de adaptación de Roy se describen tres tipos de estímulos ambientales. El estímulo focal es con lo que se enfrenta el individuo de manera mas inmediata y reclama la mayoría de su atención y de energía de adaptación. Los estímulos contextuales son el resto de estímulos presentes en la situación, que contribuyen positivamente o negativamente a la fuerza del estímulo focal. Los estímulos residuales afectan al estímulo focal pero sus efectos no son fácilmente conocidos. Estos tres tipos de estímulos juntos forman el nivel de adaptación.

El nivel de adaptación de una persona puede ser integrado, compensatorio o comprometido.

Los mecanismo de afrontamiento hacen referencia a procesos innatos o adquiridos que una persona utiliza para enfrentarse a estímulos ambientales. Los mecanismos de afrontamiento pueden clasificarse de manera amplia como un subsistema regulador o

relacionador. El subsistema regulador responde automáticamente a través de procesos de afrontamiento endocrinos, químicos y neuronales. El subsistema relacionador responde a través de procesos cognitivo – emocionales innatos y adquiridos, que incluyen procesamiento perceptual y de la información, aprendizaje, juicio y emoción.

Las conductas que manifiestan adaptación pueden observarse en cuatro modos adaptativos. El modo fisiológico hace referencia a las respuestas físicas de la persona al entorno y la necesidad subyacente es la integridad fisiológica. El modo autoconcepto hace referencia a pensamientos, creencias o sentimientos de una persona sobre sí misma en un momento determinado. La necesidad básica del modo de autoconcepto es la integridad psíquica o espiritual. El autoconcepto es una creencia compuesta sobre el yo, que está formada por percepciones internas y por las percepciones de los demás. El autoconcepto comprende el yo físico(sensación corporal e imagen corporal) y el yo personal(autoconsistencia, yo ideal y yo moral-ético-espiritual). El modo de función de rol hace referencia a los roles primario, secundario y terciario que una persona realiza en la sociedad.

La necesidad básica del modo de adaptación de la función de rol es la integridad social o saber cómo comportarse y qué se espera de uno en la sociedad. El modo de adaptación de interdependencia hace referencia a las relaciones entre las personas. La necesidad básica del modo de adaptación de interdependencia es la integración social o dar y recibir amor, respeto y valor por parte de las personas queridas y de los sistemas de apoyo social.

El objetivo de la enfermería es fomentar las respuestas de adaptación. Esto se consigue a través de un proceso enfermero de seis pasos: valoración de la conducta, valoración de estímulos, diagnóstico enfermero, establecimiento de objetivos, intervención y evaluación. Las intervenciones enfermeras se centran en el manejo de estímulos ambientales “alterando, aumentando, disminuyendo, sacando o manteniéndolos”.

Meleis(1986) afirma que existen tres tipos de teóricos de la enfermería:

- Los que se centran en las necesidades.
- Los que se centran en la interacción.
- Los que se centran en el resultado.

El modelo de adaptación de Roy se clasifica como una teoría centrada en el resultado, definida por Meleis(1986) como, “una concepción bien formulada del hombre, interpretado como cliente de la enfermería, y de la enfermería, interpretada como mecanismo regulador externo”.⁽⁵¹⁾

C. Calidad de Vida del paciente diabético

Es importante que quien padece de Diabetes Mellitus se acostumbre a vivir con su enfermedad y se informe bien sobre ella, esto le ayudará a crear conciencia del rol activo que deben

cumplir en su tratamiento, y de que la forma de sobrellevar mejor su enfermedad depende de cómo ellos conciban su responsabilidad en la adherencia al tratamiento.

Para lograr lo anterior, es indispensable que el paciente diabético realice un proceso que le permita aceptar la nueva condición asociada a la diabetes. Se considera que existen tres fases principales por las cuales pasa la persona luego de saber que es diabética: Negación, en esta etapa la persona está motivada y lista para cuidarse, experimenta una sensación de euforia, siente que a pesar de la noticia su estado no es tan serio. Ahora se siente bien, y cree que seguirá sintiéndose así el resto de su vida sin necesidad de angustiarse demasiado por lo que pasa, o de hacer en su vida grandes cambios. Depresión, en esta fase el paciente se da cuenta de que algo le está ocurriendo. En ese momento el paciente considera importante y le encuentra sentido a las recomendaciones e información recibida acerca de los cambios que debe realizar. No obstante, carece de la motivación suficiente para asumirlos de manera comprometida, de allí que no se sienta obligado con el autocontrol de tal enfermedad. Elaboración y trabajo del duelo, durante la tercera etapa del paciente diabético acepta de manera integra la nueva condición. Asume entonces las actitudes, comportamientos, hábitos y demás elementos necesarios para procurar llevar una vida lo más sana y agradable posible.

Los pacientes diagnosticados como diabéticos se enfrentan a interrogantes ligados a aspectos específicos: el trabajo(capacidad de rendimiento, miedo al rechazo en la empresa, posible despido), la salud(posibilidad de evitar las complicaciones de la diabetes, evadiendo así el miedo a la muerte y la angustia asociada), la calidad de vida(capacidad para seguir con las actividades cotidianas) y la experiencia sexual(temor frente a la idea de perder la vitalidad, el atractivo, la capacidad de tener hijos, entre otros). En definitiva, el paciente diabético debe ser capaz de aceptar de manera consciente y responsable su estado. Lo anterior le posibilitará tener experiencias vitales que le brinden realización en el ámbito personal y social. Para mantener una buena calidad de vida, debe estar incluida la salud, el ocio, las relaciones sociales, las habilidades funcionales y la satisfacción de necesidades, condiciones económicas, servicios de salud y sociales, calidad del ambiente, factores culturales y apoyo social. (Collao Cordozo y Delgado Rodrigo, 2010)

Rocío Fernández Ballesteros globaliza la participación de factores personales(estilos de vida) y socioambientales para alcanzar una satisfacción de necesidades que origine calidad de vida y por consiguiente desarrollo.

Los estilos de vida saludables, se definen como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que

conlleven a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar en la vida.

Los estilos de vida son determinados por la presencia de factores de riesgo y/o factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no sólo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social.

En esta forma se menciona un listado de estilos de vida saludables o comportamientos saludables, que al ser asumidos responsablemente, ayudan a prevenir desajustes biopsicosociales - espirituales y a mantener el bienestar para generar calidad de vida, satisfacción de necesidades y desarrollo humano.

Algunos de estos factores protectores o estilos de vida saludables podrían ser:

- Tener sentido de vida, objetivos de vida y plan de acción.
- Mantener la autoestima, el sentido de pertenencia y la identidad.
- Mantener la autodecisión, la autogestión y el deseo de aprender.
- Brindar afecto y mantener la integración social y familiar.
- Tener satisfacción con la vida.
- Promover la convivencia, solidaridad, tolerancia y negociación.

- Poseer capacidad de autocuidado.
- Seguridad social en salud y control de factores de riesgo como obesidad, vida sedentaria, tabaquismo, alcoholismo, abuso de medicamentos, estrés, y algunas patologías como hipertensión.
- Ocupación del tiempo libre y disfrute del ocio.
- Comunicación y participación a nivel familiar y social.
- Accesibilidad a programas de bienestar, salud, educación, cultura, recreación, entre otros.
- Seguridad económica.

La estrategia principal para desarrollar estos estilos de vida saludables es el compromiso individual y social, ya que sólo así se satisfacen necesidades fundamentales, se mejora la calidad de vida y se alcanza el desarrollo humano en términos de la dignidad de la persona.

Por otro lado la diabetes puede afectar la calidad de vida en ámbitos de bienestar psicológico y social, de la misma forma que en términos físicos. Un estudio español comparando diabéticos hospitalizados con la población en general evidenció una peor percepción de esos pacientes con relación a su calidad de vida. Ese impacto, vivido por muchos pacientes después del diagnóstico de la enfermedad, puede estar ligado también al tratamiento, comúnmente compuesto de una rígida dieta, ejercicios físicos, automonitorización y administración de medicamentos.⁽⁴⁷⁾

La diabetes altera el bienestar físico por la aparición de complicaciones agudas y crónicas y por los síntomas físicos y exigencias del tratamiento.

Desde el punto de vista psicológico, la cronicidad de la enfermedad y su difícil control pueden afectar el humor y la autoestima, generando frustración y síntomas ligados a la depresión y ansiedad.

Solamente, la relación con familiares y amigos puede verse afectada frecuentemente por las imposiciones de la enfermedad. Restricciones dietéticas o sexuales pueden llevar a conflictos, contribuyendo a disminuir el bienestar del paciente.

Algunos estudios comprobaron que, en pacientes con diabetes tipo 2, complicaciones crónicas, como neuropatía, nefropatía, enfermedad cardíaca e infarto afectan negativamente a la calidad de vida.

En adultos mayores con este padecimiento, se han obtenido peores puntuaciones en escalas de energía, dolor y movilidad respecto a adultos mayores sin este diagnóstico. Sin embargo en niños y adolescentes con DM1 no se han observado diferencias en cuanto a Calidad de Vida relacionada con la salud respecto a controles de iguales edad y sexo. Parece pues que la edad podría modular de forma distinta la salud percibida en esta enfermedad. ⁽⁴⁸⁾

D. Función del profesional de Enfermería en el Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo

La atención de enfermería al paciente diabético ha de basarse en la concepción integral del individuo, como hombre adulto, con una historia de vida, sea cual fuere su situación en el proceso salud - enfermedad. El paciente diabético tiene derecho a salvaguardar su autonomía en cualquier situación, a mantener su dignidad y participar en las decisiones que lo afecten para poder mantener y/o mejorar su calidad de vida. ⁽⁴⁹⁾

El cuidado del paciente diabético debe basarse en los siguientes objetivos:

- a) Identificar características individuales y colectivas del paciente valorando íntegramente a la persona diabética.
- b) Facilitar la participación de la persona en la toma de decisiones con respecto a la satisfacción de sus necesidades. Esta participación deberá orientarse hacia el mantenimiento de su autonomía, la aceptación de sus limitaciones y dependencia o del soporte preciso para superar sus pérdidas, mediante la educación diabetológica que incluye una información adecuada, interrelación contribuyendo a racionalizar e individualizar las demandas de cuidados.
- c) Planificar y ejecutar las actividades preventivo – promocionales brindando un cuidado integral, acorde con los

valores propios de la persona, y colaborar en todo aquello que contribuya a mejorar la calidad de vida.

El rol principal que el enfermero desempeña en su quehacer diario en la atención del paciente diabético, es el de educador, enseñando, motivando y abriendo caminos hacia hábitos, que puedan servir para llegar a un buen autocontrol de su enfermedad.

Cuando el enfermero se encuentra frente al paciente diabético, debe tener en cuenta.

- ¿Qué actitudes tiene y qué respuestas está desarrollando esta persona ante la enfermedad?
- ¿Tiene esa persona y su familia los conocimientos, la fuerza y la voluntad para satisfacer las necesidades que su situación les plantea?

Ante esto, la enfermera *Teresa Luis Rodrigo* afirma que la valoración no sólo es el registro de datos sino la puesta en marcha de un proceso sistematizado y completo que debe constar de:

1. Recogida de datos a través de la entrevista, la observación y el examen físico.
2. Validación y organización de los mismos, según el modelo enfermero adoptado.
3. Registro en un instrumento de valoración estandarizado en el cual los datos tanto objetivos como subjetivos, queden

recogidos, organizados y clasificados, de forma que nos orienten hacia la obtención de diagnósticos de una forma integradora, indicándonos a su vez problemas que deben ser tratados en colaboración por otro profesional.

E. Generalidades de la Percepción

Definición de percepción

Sobre la percepción se ofrecen diversas definiciones que han ido evolucionando hacia la implicación de las experiencias y los procesos internos del individuo.

El planteamiento ecologista de Gibson define la teoría de que la percepción es un proceso simple; en el estímulo está la información, sin necesidad de procesamientos mentales internos posteriores. Dicho planteamiento parte del supuesto de que en las leyes naturales subyacentes en cada organismo están las claves intelectuales de la percepción como mecanismo de supervivencia; por tanto, el organismo solo percibe aquello que puede aprender y que le es necesario para sobrevivir.

Según la psicología de Neisser, la percepción es un proceso activo constructivo en el que el perceptor, antes de procesar la nueva información y con los datos archivados en su conciencia, construye un esquema informativo anticipatorio, que le permite contrastar el estímulo y aceptarlo o rechazarlo según se adecue

o no a lo propuesto por el esquema. Se apoya en la existencia del aprendizaje.

Para la psicología moderna, la interacción con el entorno no sería posible en ausencia de un flujo informativo constante, al que se denomina percepción. La percepción puede definirse como el conjunto de procesos y actividades relacionados con la estimulación que alcanza a los sentidos, mediante los cuales obtenemos información respecto a nuestro hábitat, las acciones que efectuamos en él y nuestros propios estados internos.

Así pues, la percepción es la imagen mental que se forma con ayuda de la experiencia y necesidades. Es resultado de un proceso de selección, interpretación y corrección de sensaciones.

Otra definición nos dice que la percepción es un proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización⁽⁵⁰⁾

Lo que se percibe de la realidad

La percepción es el proceso mediante el cual un individuo adquiere una sensación interior que resulta de la impresión material hecha en los sentidos. Esta sensación puede ser

consciente o inconsciente. A la percepción inconsciente, por estar bajo el límite de la consciencia, o subconsciente, le llamamos percepción subliminal. Los ojos, los oídos, las terminaciones nerviosas de la piel son el primer medio de contacto con el medio ambiente. El cerebro percibe por miles o millones de canales, los llamados receptores, que tanto son los denominados sentidos tradicionales como cualquier otro lugar o forma de hacer que un estímulo penetre en el cerebro.

La información pasa por sistemas de codificación, que aceptan (motivación), o rechazan el estímulo. El sistema nervioso convierte información en impulsos eléctricos que transmite al cerebro donde producen cadenas de reacciones eléctricas y químicas. El resultado es la conciencia interna de un objeto o de un suceso. La percepción precede a la comunicación y ésta deberá conducir al aprendizaje.

Características de la percepción

La percepción de un individuo es subjetiva, selectiva y temporal

- Es subjetiva, ya que las reacciones a un mismo estímulo varían de un individuo a otro
- La condición de selectiva en la percepción es consecuencia de la naturaleza subjetiva de la persona, que no puede percibir todo al mismo tiempo y selecciona su campo perceptual en función de lo que se desea percibir.

- Es temporal, ya que es un fenómeno a corto plazo. La forma en que los individuos llevan a cabo el proceso de percepción evoluciona a medida que se enriquecen sus experiencias, o varían sus necesidades y motivaciones.

G. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

Percepción.- Son procesos mediante los cuales los pacientes con Diabetes Mellitus adquieren una sensación interior que resulta de

cómo se sienten y cómo ven la influencia de la enfermedad en las diferentes dimensiones de su vida.

Calidad de Vida.- Es el resultado de la interacción dinámica y continua que tiene el paciente con Diabetes Mellitus respecto a las condiciones externas e internas que se presentan en su vida cotidiana y que determinan su situación actual las dimensiones Física (sueño, vida sexual, satisfacción de su estado de salud actual, autonomía funcional y actividad física), psicológica (satisfacción con la vida, depresión, aprendizaje y memoria) y social(Satisfacción con las relaciones familiares, satisfacción con las relaciones sociales, recreación, satisfacción general de la vivienda e ingresos).

Paciente diabético.- Es aquella persona con Diabetes Mellitus tipo 2 inscrito en el Programa de Diabetes del HNDM, que asista regularmente a sus controles médicos y que se encuentre dispuesto a responder las preguntas del cuestionario por aplicar.

CAPÍTULO II

Material y métodos

A. TIPO, NIVEL Y MÉTODO

El enfoque del estudio es cuantitativo porque los resultados son susceptibles de medición, de nivel aplicativo, puesto que busca la causa de un fenómeno determinado, teniendo en cuenta su contexto práctico y teórico y sin olvidar las interrelaciones entre los distintos elementos de análisis.

El método de estudio es descriptivo simple, ya que describe, analiza e interpreta un conjunto de hechos relacionados con las variables de estudio tal como se dan en el presente sin llegar a la intervención, y de corte transversal pues se estudió la variable en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.

B. SEDE DE ESTUDIO O ESCENARIO

La presente investigación se realizó en el el programa de Diabetes del Hospital Nacional "Dos de Mayo", el cual es un órgano desconcentrado de la Dirección de Salud V Lima Ciudad, perteneciente al Ministerio de Salud. Ubicado en la zona de los Barrios Altos, sus orígenes se remontan al Hospital Nuestra Señora de la Concepción, que luego pasa a ser el Hospital Real de San Andrés, para posteriormente en 1875 erigirse como Hospital Dos de Mayo, institución de salud, partícipe del desarrollo de la Medicina Moderna Nacional.

El HNMD es una institución de salud de nivel III – 1 que brinda atención recuperativa, de tratamiento oportuno y de rehabilitación en las diferentes etapas de vida. El cual cuenta con las siguientes especialidades:

- Cardiología
- Cirugía
- Cirugía de Cabeza y Cuello
- Cirugía de Tórax y Cardiovascular
- Cirugía Plástica y Reconstructiva
- Consulta Externa
- Cuidados Intensivos
- Dermatología
- Emergencia y Cuidados Críticos
- Emergencia y Trauma shock
- Endocrinología
- Enfermedades infecciosas

- Medicina, entre otros...

El Programa de Diabetes está a cargo de un equipo multidisciplinario conformado por médicos endocrinólogos, Nutricionista, Enfermero educador en Diabetes, psicólogo, asistente social, Técnica de enfermería y médicos especialistas en cirugía vascular periférica, traumatología, oftalmología, nefrología y personal paramédico adscritos al Programa de Diabetes.

El horario de atención en el Programa de Diabetes es de Lunes a Sábado de 8 a 1 pm.

C. POBLACIÓN Y/O MUESTRA O INFORMANTES.

La población de estudio estuvo conformada por 600 pacientes con Diabetes Mellitus que se encuentran inscritos en el Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo, de los cuales el 99,75 % presentan Diabetes Mellitus tipo 2.

La muestra se obtuvo utilizando la fórmula de muestreo aleatorio simple, conformado por 83 pacientes (**Ver Anexo E**) con Diabetes Mellitus Tipo 2 que asistieron al Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo durante el mes de Diciembre del 2013.

Criterios de inclusión

- Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 inscritos y que son atendidos en el programa de Diabetes del Hospital Nacional “Dos de Mayo”.
- Que estén orientados en tiempo, espacio y persona.
- Que sean mayores de 40 años.
- Que tengan tiempo de tratamiento mayor de 1 año.
- Que hablen castellano
- Que acepten participar en el estudio

Criterios de exclusión

- Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 1
- Pacientes en estado crítico
- Que sean nuevos o recién inscritos en el Programa de Diabetes.
- Que hablen quechua o tengan limitación para comunicarse (presencia de medios invasivos)
- Que no acepten participar en el estudio

D. TÉCNICAS O INSTRUMENTOS DE RECOJO DE DATOS

Para la recolección de datos se utilizó como técnica la entrevista estructurada y como instrumento un cuestionario, tomándose en cuenta preguntas del Cuestionario Breve de Calidad de Vida – CUBRECAVI (R. Fernández – Ballesteros y D. Zamarrón) y la versión española del cuestionario EsDQOL. **(Ver Anexo A)**. Este último consta de tres partes: Introducción donde se consigna la presentación, el propósito y la importancia de la participación del encuestado; la segunda, corresponde a las instrucciones que deberá seguir el encuestado y la tercera; el contenido propiamente dicho.

La validez de contenido y constructo del instrumento se obtuvo a través del juicio de expertos. Los resultados obtenidos fueron contrastados con la prueba binomial. **(Ver Anexo C)**. Posteriormente se realizaron los reajustes necesarios en base a las observaciones consideradas. La validez y confiabilidad estadística para el instrumento se calculó utilizándose el coeficiente de confiabilidad Alfa de Crombach. **(Ver Anexo D)**

E. PLAN DE RECOJO, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS

Para la realización de la recolección de datos se realizaron los trámites requeridos en el Hospital Nacional Dos de Mayo, solicitando la aprobación del Jefe del programa de Diabetes y Comité de Ética en Investigación de la Institución, asimismo de la Jefa del Departamento de Enfermería. Luego de obtenida la autorización, se realizó las coordinaciones con el

personal de Enfermería a cargo de la atención de los pacientes en el Programa de Diabetes.

La recolección de datos se realizó en el mes de Diciembre para ello se obtuvo el consentimiento informado de los pacientes de estudio (**VER ANEXO B**) y se prosiguió a entregar el instrumento, se utilizó un promedio de 15 a 20 minutos por cada paciente.

Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa de Excel para la elaboración de la base de datos, tablas y gráficos de los resultados.

F. PLAN DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Culminada la etapa de recolección se procedió a la elaboración de la tabla de códigos. Una vez determinados los valores se realizó el procesamiento de datos en la Tabla Matriz. Los datos obtenidos se analizaron utilizando la escala de Stanones para poder medir la variable percepción, según dimensiones.

Para Percepción de la Calidad de Vida: 110 puntos (35 ítems)

Percepción desfavorable	:	35 – 85 puntos
Percepción medianamente favorable	:	86 - 96 puntos
Percepción favorable	:	97 - 110 puntos

Para Percepción de la Calidad de Vida en la Dimensión Física:

Percepción desfavorable	:	< 20 puntos
Percepción medianamente favorable	:	20 - 25 puntos
Percepción favorable	:	> 25 puntos

Para Percepción de la Calidad de Vida en la Dimensión Social:

Percepción desfavorable	:	< 48 puntos
Percepción medianamente favorable	:	48 - 55 puntos
Percepción favorable	:	> 55 puntos

Para Percepción de la Calidad de Vida en la dimensión Psicológica:

Percepción desfavorable	:	< 15 puntos
Percepción medianamente favorable	:	15 - 18 puntos
Percepción favorable	:	> 18 puntos

Los datos recolectados se procesaron a través del programa Microsoft Office Excel. La presentación de los resultados se dio por medio de tablas y/o cuadros estadísticos.

G. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se tuvo en cuenta los principios bioéticos y el consentimiento informado de los pacientes. Guardándose confidencialidad a las respuestas emitidas por los pacientes de estudio. Aplicando valores como:

- **Respeto mutuo:** respeto a uno mismo, a los pacientes, al personal de salud, sin causar interrupción en las actividades diarias del servicio.
- **Veracidad:** fidelidad a la verdad de información y cumplimiento de nuestras funciones.
- **Transparencia:** informar de las acciones que se desarrollan, responder a las preguntas de los pacientes y mantener una comunicación abierta entre las personas y los diferentes niveles organizacionales del hospital.
- **Responsabilidad:** Cumplir con los objetivos de la investigación organizadamente.

CAPITULO III

Resultados y Discusión

A. Resultados

Los resultados obtenidos en la presente investigación se han presentado en tablas y gráficos estadísticos, así como el análisis e interpretación respectiva.

A.1. Datos generales

La población de estudio estuvo constituida por 83 (100%) pacientes; siendo del sexo Femenino (78%) y de sexo masculino (22%). En relación a sus edades, 35(42%) tiene entre 40 a 59 años y el 48(58%) tiene más de 60 años. Respecto a la ocupación de los pacientes encuestados, el 63(73%) se dedica a su casa, el 20(17%) realiza otras diversas actividades laborales (VER ANEXO L).

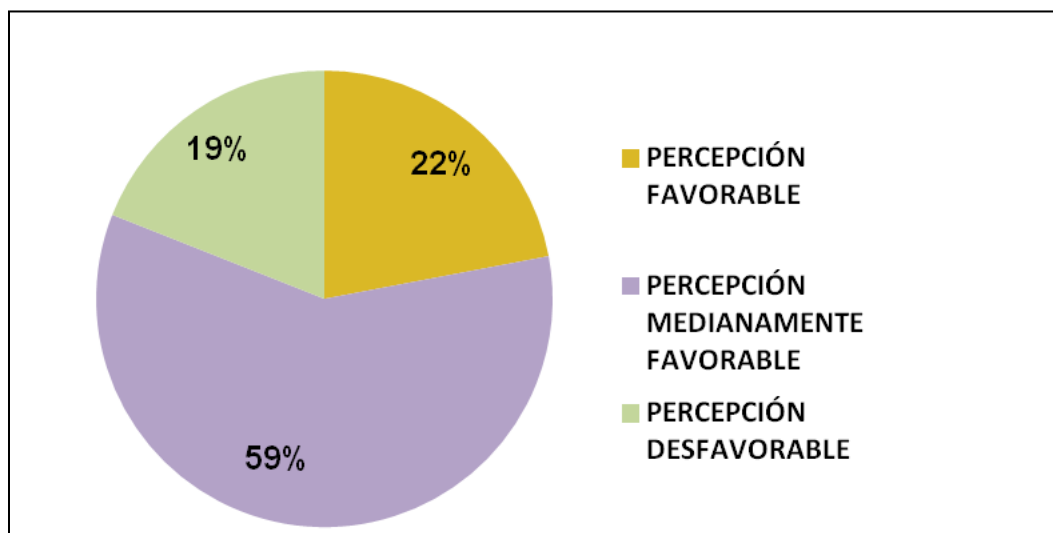
A.2. Datos específicos

GRAFICO N°1

Percepción del paciente con Diabetes Mellitus tipo II sobre su Calidad de Vida en el Programa de Diabetes del HNDM

Lima - Perú

2013



Fuente: Encuesta realizada los pacientes que se encuentran inscritos en el Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo, durante el periodo del mes de diciembre del 2013

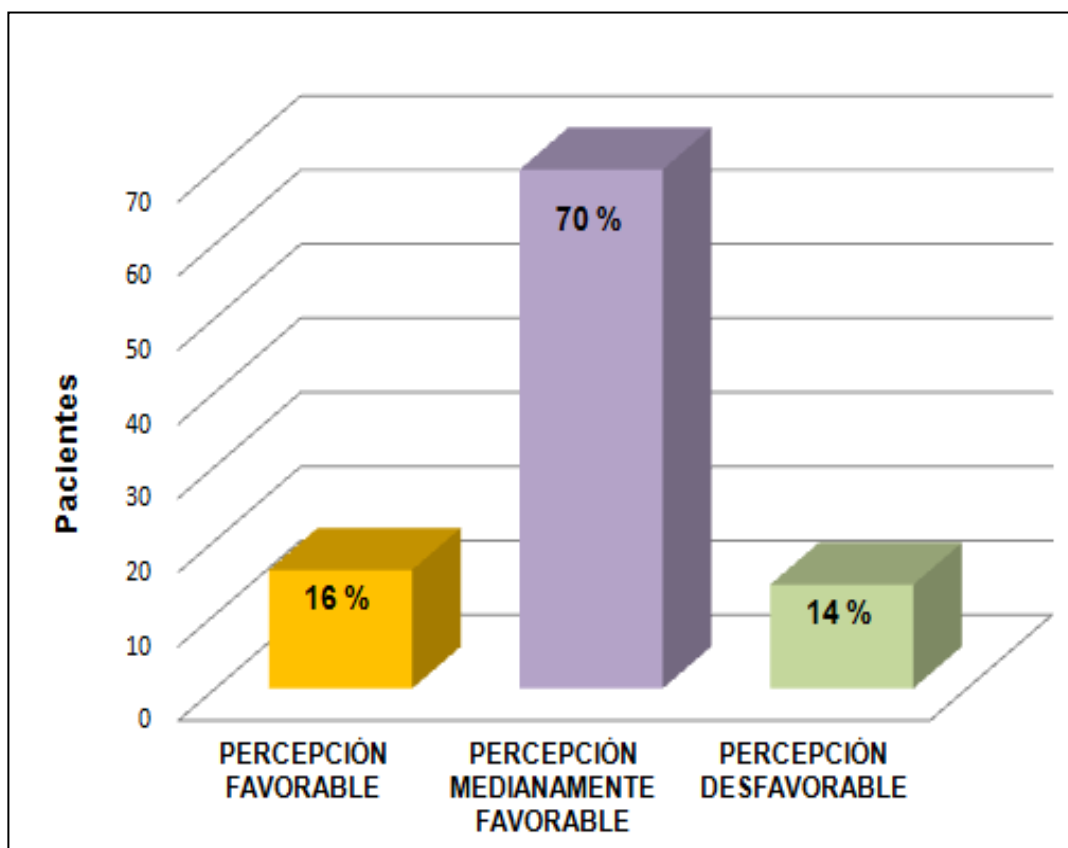
En el Gráfico 1 sobre la Percepción del paciente con Diabetes Mellitus tipo II sobre su Calidad de Vida en el Programa de Diabetes del HNDM, se observa que de un total de 83(100%) pacientes, el 49 (59%) presentan una percepción medianamente favorable, el 18 (22%) una percepción favorable y el 16 (19%) percepción desfavorable (**VER ANEXO H**).

GRAFICO Nº 2

Percepción del paciente con Diabetes Mellitus tipo II sobre su Calidad de Vida, en su Dimensión Física en el Programa de Diabetes del HNDM

Lima - Perú

2013

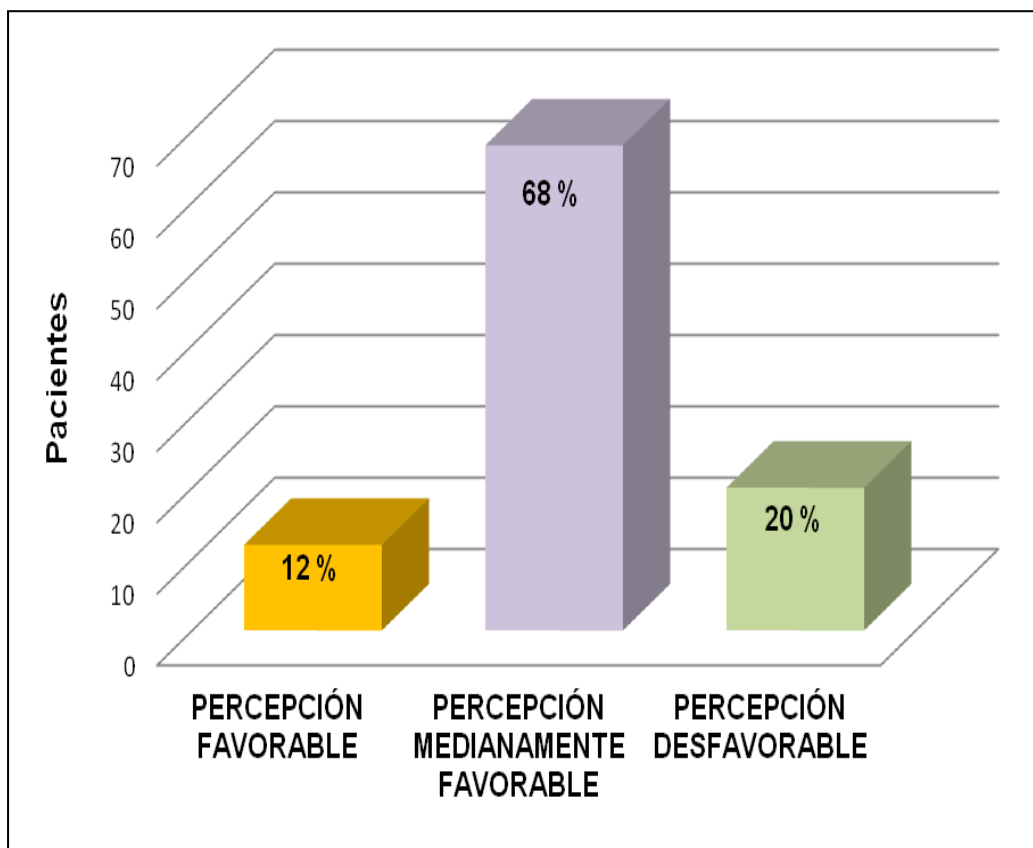


Fuente: Encuesta realizada los pacientes que se encuentran inscritos en el Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo, durante el periodo del mes de diciembre del 2013

En el Gráfico 2 sobre la Percepción del paciente con Diabetes Mellitus tipo II sobre su Calidad de Vida, en su Dimensión Física en el Programa de Diabetes del HNDM, se observa que de un total de 83(100%) pacientes, 58 (70%) presentan una percepción medianamente favorable, seguida de 13 (16%) con una percepción favorable y 14(12%) con percepción desfavorable (**VER ANEXO I**).

GRAFICO Nº 3

Percepción del paciente con Diabetes Mellitus tipo II sobre su Calidad de Vida, en su Dimensión Psicológica en el Programa de Diabetes del HNDM
Lima - Perú
2013



Fuente: Encuesta realizada los pacientes que se encuentran inscritos en el Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo, durante el periodo del mes de diciembre del 2013

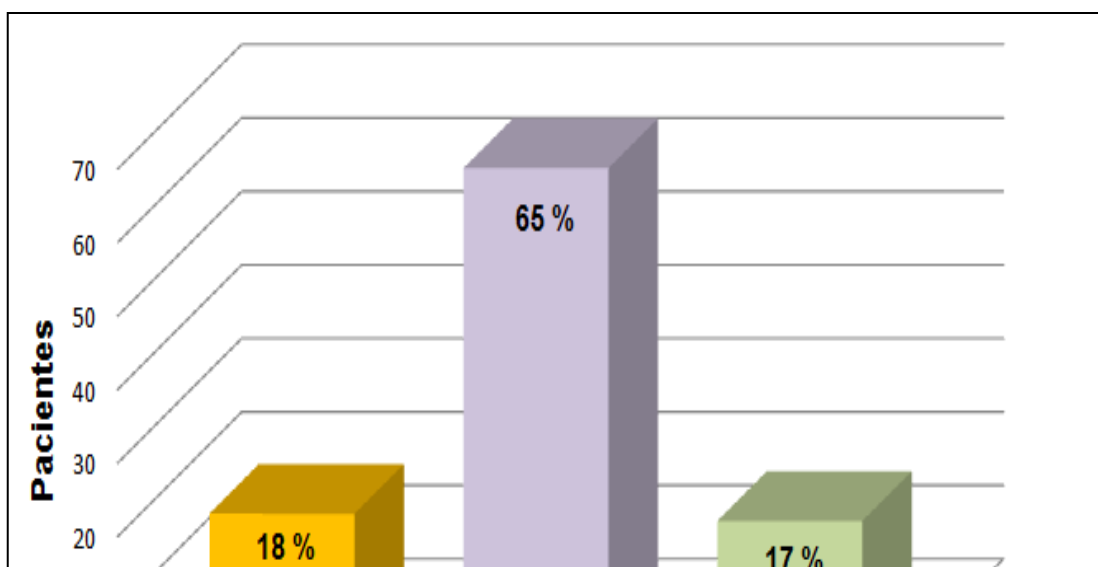
En el Gráfico 3 sobre la Percepción del paciente con Diabetes Mellitus tipo II sobre su Calidad de Vida, en su Dimensión Psicológica en el Programa de Diabetes del HNDM, se observa que de un total de 83 (100%) pacientes, 56 (68%) presentan una percepción medianamente favorable, seguida de 10 (12%) con una percepción favorable y 17 (20%) con percepción desfavorable (**VER ANEXO J**).

GRAFICO N° 4

Percepción del paciente con Diabetes Mellitus tipo II sobre su Calidad de Vida, en su Dimensión Social en el Programa de Diabetes del HNDM

Lima - Perú

2013



Fuente: Encuesta realizada los pacientes que se encuentran inscritos en el Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo, durante el periodo del mes de diciembre del 2013

En el Gráfico 4 Percepción del paciente con Diabetes Mellitus tipo II sobre su Calidad de Vida, en su Dimensión Social en el Programa de Diabetes del HNMD, se observa que de un total de 83(100%) pacientes, 54 (65%) presentan una percepción medianamente favorable, seguida de 15 (18%) con una percepción desfavorable y 14 (17%) con percepción favorable (**VER ANEXO K**).

B. Discusión

En relación a los resultados obtenidos en la presente investigación se tiene que la Diabetes Mellitus puede afectar negativamente el bienestar físico por la aparición de complicaciones agudas y crónicas, además de los síntomas físicos y exigencias del tratamiento. Socialmente, la relación con familiares y amigos puede verse afectada frecuentemente por cambios en el estado de ánimo, tratamiento médico, entre otros. Restricciones dietéticas o sexuales pueden llevar a conflictos, contribuyendo a disminuir el bienestar del paciente. Desde el punto de vista psicológico, la cronicidad de la enfermedad y su difícil control pueden afectar el humor y la

autoestima, generando frustración y síntomas ligados a la depresión y ansiedad. Lo que repercute en una variación en la Calidad de Vida de cada paciente y en su percepción respecto a ella.

Es en este sentido que la OMS define Calidad de Vida como la percepción de un individuo de su posición en la vida, en el contexto sociocultural y el sistema de valores en que vive, en relación con sus metas, objetivos, expectativas, normas y preocupaciones.

Según Roy, las personas son sistemas holísticos de adaptación y el centro de atención de la Enfermería. El entorno interno y externo consta de todos los fenómenos que rodean al sistema humano de adaptación y afecta a su desarrollo y conducta. Las personas están en constante interacción con el entorno e intercambian información, materia y energía; es decir, las personas afectan y se ven afectadas por el entorno. El entorno es la fuente de los estímulos que amenazan o fomentan la existencia de una persona. Para su supervivencia, el sistema de adaptación del hombre debe responder de manera positiva a estímulos ambientales. La adaptación fomenta la supervivencia, el crecimiento, la reproducción, el dominio y las transformaciones de las personas y del entorno. Roy define la salud como un estado para convertirse en un ser humano completo e integrado.⁽⁵¹⁾

Esta evaluación subjetiva personal descansa en el balance entre expectativas y realidad de cada individuo, cuando se encuentra dotado de los elementos culturales y de la libertad de pensamiento para dicho análisis.
(34)

Por lo que en la investigación se visualiza los resultados generales que señalan una percepción medianamente favorable 59% del paciente sobre su Calidad de vida, seguido de una percepción favorable 22%. Ello se evidencia en afirmaciones tales como: manifiestan aun poder valerse por si mismos, realizar sus actividades cotidianas con normalidad, se sienten en

la capacidad de seguir aprendiendo cosas nuevas, se sienten satisfechos con las relaciones interpersonales y satisfacción con su vida en general. Lo que resulta preocupante es que un 19% de los pacientes presenten una percepción desfavorable respecto a su calidad de vida lo cual puede evidenciarse debido a afirmaciones tales como: sentirse deprimidos tristes y nerviosos en ocasiones, tener problemas de sueño, ocasionalmente problemas de memoria y situación económica inestable. Lo cual puede repercutir en el futuro provocando el rápido deterioro físico, psicológico y social de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II.

Este resultado se relaciona con la investigación realizada por Fenco Asalde Maritza el 2010; cuya conclusión fue una autopercepción “regular” sobre su calidad de vida que concuerda muy de cerca con la percepción de los pacientes con su calidad de vida cuyo resultado, como se ha mencionado, es medianamente favorable.

En cuanto a la Dimensión Física los pacientes diabéticos muestran en su mayoría 68% una Percepción Medianamente Favorable ya que refieren seguir desarrollando casi con normalidad sus actividades diarias como cuidar de su aspecto físico, realizar tareas domésticas, salir a caminar, valerse por si mismos, en cuanto a trastornos del sueño se dan en ocasiones pero estos van de regular a favorable; asimismo refieren no tener dificultades en lo que a su vida sexual respecta lo cual genera una mejor autoestima y capacidad de adaptación para hacer frente a las situaciones del medio en que se vive.

El estado de salud es uno de los aspectos que más importancia tiene en la vida de las personas. La salud influye en todos los aspectos de la vida. Un estado de salud pobre convierte a los individuos en dependientes, como lo es con la pérdida de visión y motricidad en diversos grados.

En el paciente diabético, su autoestima y su imagen corporal no difieren mucho entre si en cuanto a grupos de edad a excepción de la actividad física, el supuesto atractivo y capacidad sexual. Una persona con Diabetes Mellitus puede realizar prácticamente cualquier tipo de actividad física y/o ejercicio por lo menos 30 minutos todos los días de la semana, bien puede ser de predominio aeróbico como : caminar, pedalear, bailar, nadar, entre otros.

En el caso del adulto mayor los cambios más significativos a nivel sensorial son los derivados de la visión y de la audición, que son los que más influyen (junto con la movilidad) para el normal desenvolvimiento del adulto mayor. Lo dicho anteriormente contrasta con lo observado dado que en su mayoría los adultos diabéticos refieren en su mayoría 84% poder valerse por si mismos y realizar sus actividades cotidianas con normalidad.

Según un estudio realizado por un grupo de trabajo del hospital Univiersitario Vall d'Hebron de Barcelona prácticamente la mitad de las personas con diabetes tienen complicaciones del sueño lo cual difiere con esta investigación pues si bien es cierto que algunos pacientes manifiestan tener problemas ocasionales de sueño la diferencia no es significativa en cuanto a los que refieren nunca haber presentado dichos problemas.

Es importante que la persona que padece de Diabetes realice actividad física porque: Mejora la eficiencia de la insulina, disminuye la glicemia, ya que, mientras se hace ejercicio, los músculos consumen más glucosa, combate el exceso de peso y la obesidad, reduce el riesgo de muerte por enfermedad cardiaca, reduce el riesgo de padecer enfermedad cardiovascular, contribuye a prevenir y reducir la hipertensión arterial, así como la osteoporosis, mejora trastornos digestivos como estreñimiento, mejora la resistencia de personas con enfermedades crónicas o discapacidades, contribuye con la reducción de dolores de rodilla,

contribuye al bienestar psicológico, reduce el estrés, la ansiedad y los sentimientos de depresión o soledad. ⁽⁴²⁾

En cuanto a la Dimensión Psicológica tenemos que en su mayoría 68% de los pacientes diabéticos tienen una percepción medianamente favorable ya que un gran porcentaje de los pacientes diabéticos refieren sentirse deprimidos, tristes y nerviosos, además de tener ocasionalmente problemas de memoria pero que a pesar de ello muestran un mecanismo de adaptación ante sus dificultades puesto que en su mayoría refieren sentirse en la capacidad de seguir aprendiendo cosas nuevas y se sienten satisfechos con su vida en general.

La enfermedad y el déficit físico suelen venir acompañados de trastornos psicológicos y afectivos como depresión, ansiedad latente ante el futuro, disminución de las relaciones y del contacto con actividades sociales que afecta directamente el bienestar del individuo. Lo dicho anteriormente concuerda con lo evidenciado puesto que un gran porcentaje 65% refieren sentirse deprimidos, tristes y nerviosos, sin embargo suelen afrontar estas situaciones y continuar de la mejor manera con su vida.

Diversos estudios afirman que los adultos mayores tienden a estar más satisfechos pero menos felices, mientras que los adultos jóvenes tienden a estar menos satisfechos pero más felices. ⁽⁴⁵⁾

El aprendizaje incluye todas las actividades, actitudes, conductas, entre otros, que según los sujetos promueven su desarrollo personal. Por ejemplo, estudiar, graduarse, ser autosuficiente, alcanzar metas que se propone, aprender cosas nuevas, realizar cambios para que su vida mejore, entre otras. ⁽⁴⁶⁾ en concordancia con lo dicho anteriormente se evidencia que los pacientes diabéticos tienen la iniciativa de seguir aprendiendo cosas nuevas en su gran mayoría lo que contribuye de manera positiva y significativa en su bienestar psicológico.

En cuanto a la Dimensión Social tenemos que en su mayoría 65% de los pacientes diabéticos tienen una percepción medianamente favorable ya que refieren sentirse conformes con sus relaciones interpersonales tanto con su familia y con las amistades en general, con las actividades que realizan en su tiempo libre, con la vivienda en que residen, sin embargo manifiestan que el ingreso económico les alcanza solo para sobrevivir.

A medida que pasan los años los adultos mayores suelen mostrarse menos agresivo y competitivos, necesita ,menos de otras personas afines, e incluso en ocasiones encuentra satisfacción en la soledad al sentirse rechazado por una sociedad que no lo necesita.

Asimismo a medida que pasa el tiempo el paciente diabético entra en un declive fisiológico y orgánico que lleva inevitablemente a dejar sus trabajos o jubilarse. Lo cual influye directamente con el alejamiento brusco de su vida profesional, de su grupo de pertenencia dinámica. Esto puede causar que el paciente tenga la impresión de que se haya convertido en un simple espectador en la vida. En realidad no tiene que ser así, se hace forzosa la solución positivamente esta crisis, para evitar que la persona desemboque inevitablemente en los dos aspectos más penosos de la vida: el tedio y la soledad. Dado lo dicho anteriormente podemos evidencia que en la investigación los pacientes en su 100% refieren vivir acompañados ya sea de un familiar o amigos por lo que se sienten satisfechos de manera favorable con sus relaciones interpersonales.

En cuanto al empleo de tiempo libre ha de verse más bien como una acción que proyectada desde lo social puede crear las condiciones que faciliten la elevación de la calidad de vida , y contribuya al desarrollo de estilos de vida más saludables y autónomos. Lo mencionado va acorde con lo observado puesto que los pacientes refieren sentirse satisfechos con las

actividades que realizan en su tiempo libre como es el caminar, leer periódico o ver televisión, entre otros.

La actividad física-intelectual favorecen el bienestar y la calidad de vida de los individuos, haciéndolos sentir motivados y orgullosos. Como menciona el *Geriata Cowgill* la recreación es un proceso de acción participativa y dinámica que facilita entender la vida como una vivencia de disfrute, creaciones y libertad, en el pleno desarrollo de las potencialidades del ser humano para su realización y mejoramiento de la calidad de vida individual social, mediante la práctica de actividades físicas, intelectuales o de esparcimiento.⁽⁴³⁾

No hay que dejar de lado el aspecto económico dentro del cual transcurre la enfermedad y ha sido frecuentemente menospreciado por los estudiosos de la calidad de vida, quienes lo han restringido y limitado solamente al ámbito material de la vida de las personas. Sin embargo, como señala Pérez Ortiz (1997) *el bienestar económico de las personas “necesariamente nos lleva más allá del análisis de la posición económica relativa de los individuos en momentos actuales, utilizando algún indicador de renta y también más allá de la incidencia que la pobreza pueda tener en este segmento de la sociedad, o del análisis del importe de las pensiones que perciben”*.

El concepto de bienestar económico permite analizar una cantidad importante de los factores que condicionan el bienestar de la persona. Se refiere a tener comodidades materiales y seguridad económica para vivir tranquilo, incluye la posesión de un patrimonio (casa propia, bienes, entre otros). Dicho esto evidenciamos que los pacientes diabéticos si bien es cierto manifiestan que el ingreso económico mensual les alcanza para sobrevivir, este no es suficiente para cubrir todas sus necesidades básicas, asimismo se observa que en otros casos los paciente refieren que el ingreso económico que perciben no les es suficiente para sobrevivir por lo

que recurren a la ayuda de familiares y amigos para poder solventar sus necesidades.

CAPÍTULO IV

Conclusiones, Limitaciones y Recomendaciones

A. Conclusiones

La mayoría de pacientes con Diabetes Mellitus tipo II presentan una percepción medianamente favorable sobre su Calidad de vida evidenciado en aspectos como: insomnio, depresión, déficit de memoria y situación económica inestable.

Sobre su Calidad de Vida en la Dimensión Física los pacientes diabéticos muestran en su mayoría una Percepción “Medianamente Favorable” ya que refieren seguir desarrollando casi con normalidad sus actividades cotidianas lo cual genera una mejor autoestima y capacidad de adaptación para hacer frente a las situaciones del medio en que se vive, pero limitado por aspectos tales como: trastornos de sueño e insomnio.

Sobre su Calidad de Vida en la Dimensión Psicológica, en su mayoría los pacientes diabéticos tienen una percepción “ medianamente favorable” a pesar de ello muestran un mecanismo de adaptación ante sus dificultades lo que les permitirá afrontar de manera positiva las situaciones que se presenten en el medio, pero limitado por aspectos como: sentirse deprimidos, tristes y nerviosos, además de tener ocasionalmente problemas de memoria

Sobre su Calidad de Vida en la Dimensión Social, en su mayoría los pacientes diabéticos tienen una percepción “medianamente favorable” ya que refieren sentirse conformes con sus relaciones interpersonales tanto con su familia y con las amistades en general, con las actividades que realizan en su tiempo libre, con la vivienda en que residen lo cual favorece su bienestar y calidad de vida, pero limitados por el ingreso económico inestable.

B. Limitaciones

La población utilizada es reducida por lo que los resultados no pueden ser generalizados a otros servicios; sin embargo son un referente sobre la percepción actual sobre su Calidad de Vida en pacientes con Diabetes Mellitus pertenecientes al Programa de Diabetes de la institución.

C. Recomendaciones

Implementar talleres que promuevan la participación del paciente diabético y que permitan fortalecer y promover el desarrollo de su rol individual. Así como capacitaciones respecto a habilidades sociales y mecanismos de adaptación del paciente frente a las complicaciones en los aspectos físicos, psicológicos y sociales.

Realizar estudios de tipo cualitativo respecto al tema a fin de obtener testimonios acerca de la Percepción de los pacientes con Diabetes Mellitus sobre su propia Calidad de Vida.

Durante la formación académica de Enfermería se debe enfatizar desde los primeros años de vida universitaria el estudio de la investigación que fomentará el pensamiento reflexivo y crítico del estudiante.

Continuar realizando investigaciones orientadas a la identificación de las causas de la ausencia o déficit de la Calidad de Vida del paciente con Diabetes Mellitus tipo II y de pacientes en general, con la finalidad de solucionar esos problemas y mejorar el cuidado que se brinda en la institución de salud.

Utilizar poblaciones de estudio más amplias y optar por conocer una percepción global del usuario, realizando el estudio en diferentes servicios de la Institución y de esta manera generalizar los resultados que se obtengan.

Fomentar acciones que contribuyan en la mejora de salud de la población adulta diabética y por ende del individuo en general, mediante el incremento de información y la promoción de estilos de vida saludable en la población en general.

BIBLIOGRAFÍA

- American Diabetes Association. Implications of the United Kingdom Prospective Diabetes Study. Diabetes Care 1999;22 (Supl 1):527-31.
- Aragón F. el pie diabético. Una complicación devastadora de la diabetes mellitus. Grupo de estudio interdisciplinar del pie diabético. I Congreso Nacional Multidisciplinar de Pie diabético. Madrid 2003.
www.congresopiediabetico.com
- ARANIBAR MURITA. Calidad de Vida. [En línea]. Disponible en: www.ciape.org.br/.../CALIDADDEVIDAYVEJEZ%5B1%5D.doc. [Consulta Abril 2013]
- BRUNNER Y SUDDART. Enfermería Médico Quirúrgica. USA. Ed. Mc Graw Hill Interamericana. 2005. P. 1297 – 1302
- CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL Y OPS. Guía para la atención de las personas diabéticas tipo 2. Costa Rica. 2º Edición. 2007. P. 36 – 37
- CASTRO RAMÍREZ. Promoción de la salud: Como construir Vida saludable. Colombia. Ed. Medica Panamericana. 2001. P. 57.
- CORREA MORALES, JOSÉ. “Autoconcepto de la Diabetes Mellitus en pacientes que asisten a la clínica de Atención Integral en el Centro de Salud Jorge Sinforoso Bravo” (2008)
- DURAN ORBEGOSO, URIBE. Integración Social y Habilidades Funcionales en Adultos Mayores. Colombia. Red de revistas Científicas de América Latina y El Caribe, España y Portugal. 2007. 264, 265.
- FENCO ASALDE MARITZA.”Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus en el HNDAC”. Lima 2010
- GARCÍA HERNÁNDEZ. Enfermería Geriátrica. España. 2da Ed. Elsevier Masson. 2006. P. 27, 82 – 84.

- GARCÍA Y SUAREZ. La educación Terapéutica: Programa Cubano de educación en Diabetes. 17ª Ed. OPS. 2007. P. 26
- GARDUÑO ESTRADA, SALINAS AMESCUA, ROJAS HERRERA. Calidad de Vida y Bienestar Subjetivo en México. México. Ed. Plaza y Valdez. 2005. P. 120,121.
- GÓMEZ MENGELBERG. Un recorrido Histórico del Concepto de Salud y Calidad de Vida a través de los documentos de la OMS. [En línea]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num9/pdfs/original2.pdf> [Consulta Abril 2013]
- GOMIS DE BARBARA. Tratado SED de Diabetes Mellitus. Madrid. Ed. Médica Panamericana. 2007. P. 500, 503-504.
- LEAL QUEVEDO, MENDOZA VEGA. Había una medicina mas humana. Colombia. Ed. Médica Internacional Panamericana. 1997. P.204-205;210-211.
- MARRINER TOMEY. Modelos y Teorías en Enfermería 7º ed. Barcelona: Elsevier. 2011
- MOLINA GARCÍA, YULISA. “adherencia al tratamiento y su relación con la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al programa de diabetes del HNDM”. Tesis (Licenciatura en Enfermería) UNMSM. Perú –Lima 2008
- OMS. Diabetes [En línea]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html> [Consulta abril 2012]
- PALOMINO. Calidad de Vida. [En línea]. Disponible en: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lid/bonilla_h_s/capitulo6.pdf. [Consulta abril 2013]
- PEÑA PÉREZ, TERÁN TRILLO, MORENO AGUILERA, BAZÁN CASTRO. “Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente de ISSSTE México 2009”

- PIEDROLA GIL. Medicina Preventiva y Salud Pública. España. 10ª Ed. Masson, 2001. P. 25
- Revista médica herediana Scielo Perú. Diabetes mellitus tipo 2 en el hospital II Essalud – Cañete: Aspectos demográficos y clínicos. Perú. [En línea]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130x2004000100005&script=sci_arttext. [Consulta Mayo 2013]
- Revista Salud Publica y Nutrición RESPYN. Situación epidemiológica y demográfica del adulto mayor en la última década. México. [En línea]. Disponible en: <http://www.respyn.uanl.mx/especiales/ee-5-2003/ponenciasprecongreso/01-precongreso.htm> [Consulta abril 2012]
- Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes. Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2. Vol. Xiv – N° 3, pag. 101-102; 2006
- RIVERA CASADO Y CRUZ JENTOFF. Geriátría. Madrid – España. Ed. Idepsa. 2001. Pág. 88-91, 94-95.
- ROSELLA PALOMBA, Calidad de Vida, Conceptos y Medidas. Chile. Taller sobre Calidad de Vida y Redes de Apoyo de las personas adultas mayores. Chile 2002
- Santisteban Segundo Seclén. La diabetes mellitus como Problema de salud Pública en el Perú. Universidad peruana Cayetano Heredia, Instituto de Gerontología. 2da edición pag. 3. Año 2000.
- VARIOS. Auxiliar Geriátrico. Conceptos Generales. España. 2006 Ed. Mad. 2006. P. 21
- ZEA WELLMANN. Recuperación de autoestima, motivación y creatividad, de personas de la tercera edad que se encuentran internadas en el "Santo Domingo" Guatemala, Setiembre de 2010.
- <http://www.uam-antropologia.info/alteridades/alt8-4-vargas.pdf>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Santisteban Segundo Seclén. La diabetes mellitus como Problema de salud Pública en el Perú. Universidad peruana Cayetano Heredia, Instituto de Gerontología. 2da edición pag. 3. Año 2000.
- (2) Ibit(1) pag. 11
- (3) Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes. Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2. Vol. Xiv – N° 3, pag. 101-102; 2006
- (4) American Diabetes Association. Implications of the United Kingdom Prospective Diabetes Study. Diabetes Care 1999;22 (Supl 1):527-31.
- (5) , (36) Revista Salud Publica y Nutrición RESPYN. Situación epidemiológica y demográfica del adulto mayor en la última década. México. [En línea]. Disponible en:
<http://www.respyn.uanl.mx/especiales/ee-5-2003/ponenciasprecongreso/01-precongreso.htm>
[Consulta abril 2012]
- (6) , (17), (24), (27),(28), (30),(46), (OMS. Diabetes [En línea]. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html> [Consulta abril 2012]
- (7) Ibit(1) pag. 66
- (8) Revista médica herediana Scielo Perú. Diabetes mellitus tipo 2 en el hospital II Essalud – Cañete: Aspectos demográficos y clínicos.Perú. [En

línea]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130x2004000100005&script=sci_arttext.

[Consulta Mayo 2013]

- (9) Aragón F. el pie diabético. Una complicación devastadora de la diabetes mellitus. Grupo de estudio interdisciplinar del pie diabético. I Congreso Nacional Multidisciplinar de Pie diabético. Madrid 2003. www.congresopiediabetico.com
- (10) LEAL QUEVEDO, MENDOZA VEGA. Había una medicina mas humana. Colombia. Ed. Médica Internacional Panamericana. 1997. P.204-205;210-211.
- (11) RIVERA CASADO Y CRUZ JENTOFF. Geriatria. Madrid – España. Ed. Idepsa. 2001. Pág. 88-91, 94-95.
- (12) CORREA MORALES, JOSÉ. “Autoconcepto de la Diabetes Mellitus en pacientes que asisten a la clínica de Atención Integral en el Centro de Salud Jorge Sinforoso Bravo” (2008)
- (13) PEÑA PÉREZ, TERÁN TRILLO, MORENO AGUILERA, BAZÁN CASTRO. “Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente de ISSSTE México 2009”
- (14) MOLINA GARCÍA, YULISA. “adherencia al tratamiento y su relación con la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al programa de diabetes del HNDM”. Tesis (Licenciatura en Enfermería) UNMSM. Perú –Lima 2008
- (15) , (18), (20), (21), (29) MARITZA FENCO ASALDE.”Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus en el HNDAC”. Lima 2010
- (16) ,(23), (25), (32) GOMIS DE BARBARA. Tratado SED de Diabetes Mellitus. Madrid. Ed. Médica Panamericana. 2007. P. 500, 503-504.
- (19) VARIOS. Auxiliar Geriátrico. Conceptos Generales. España. 2006 Ed. Mad. 2006. P. 21
- (22), (26), (31) BRUNNER Y SUDDART. Enfermería Médico Quirúrgica. USA. Ed. Mc Graw Hill Interamericana. 2005. P. 1297 – 1302

- (33), (43) PALOMINO. Calidad de Vida. [En línea]. Disponible en: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lid/bonilla_h_s/capitulo6.pdf. [Consulta abril 2013]
- (24), (34) ROSELLA PALOMBA, Calidad de Vida, Conceptos y Medidas. Chile. Taller sobre Calidad de Vida y Redes de Apoyo de las personas adultas mayores. Chile 2002
- (27), (39) CASTRO RAMÍREZ. Promoción de la salud: Como construir Vida saludable. Colombia. Ed. Medica Panamericana. 2001. P. 57.
- (35) PIEDROLA GIL. Medicina Preventiva y Salud Pública. España. 10ª Ed. Masson, 2001. P. 25
- (37) GÓMEZ MENGELBERG. Un recorrido Histórico del Concepto de Salud y Calidad de Vida a través de los documentos de la OMS. [En línea]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num9/pdfs/original2.pdf> [Consulta Abril 2013]
- (38), (45) GARCÍA HERNÁNDEZ. Enfermería Geriátrica. España. 2da Ed. Elsevier Masson. 2006. P. 27, 82 – 84.
- (40), (41) ARANIBAR MURITA. Calidad de Vida. [En línea]. Disponible en: www.ciape.org.br/.../CALIDADDEVIDAYVEJEZ%5B1%5D.doc. [Consulta Abril 2013]
- (42) CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL Y OPS. Guía para la atención de las personas diabéticas tipo 2. Costa Rica. 2º Edición. 2007. P. 36 – 37
- (44) ZEA WELLMANN. Recuperación de autoestima, motivación y creatividad, de personas de la tercera edad que se encuentran internadas en el silo “Santo Domingo” Guatemala, Setiembre de 2010.
- (47) GARDUÑO ESTRADA, SALINAS AMESCUA, ROJAS HERRERA. Calidad de Vida y Bienestar Subjetivo en México. México. Ed. Plaza y Valdez. 2005. P. 120,121.
- (48) GARCÍA Y SUAREZ. La educación Terapéutica: Programa Cubano de educación en Diabetes. 17ª Ed. OPS. 2007. P. 26

(49) DURAN ORBEGOSO, URIBE. Integración Social y Habilidades Funcionales en Adultos Mayores. Colombia. Red de revistas Científicas de América Latina y El Caribe, España y Portugal. 2007. 264, 265.

(50) <http://www.uam-antropologia.info/alteridades/alt8-4-vargas.pdf>

(51) MARRINER TOMEY. Modelos y Teorías en Enfermería 7° ed. Barcelona: Elsevier. 2011